1896-97 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY N° 27

DU CURAGE DIGITAL
DANS L'AVORTEMENT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Juillet 1897, à 5 heures

PAR

GEORGES HADOT

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Arracourt (Meurthe-et-Moselle), le 23 Avril 1872

Examinateurs de la Thèse :

MM. HERRGOTT	professeur.....	*Président.*
SCHMITT	professeur.....	*Juges.*
FÉVRIER	agrégé.....	*Juges.*
ÉTIENNE	agrégé.....	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1897

DU CURAGE DIGITAL

DANS L'AVORTEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Juillet 1897, à 5 heures

PAR

GEORGES HADOT

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Arracourt (Meurthe-et-Moselle), le 23 Avril 1872

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HERRGOTT	professeur.....	*Président.*
	SCHMITT	professeur.....	*Juges.*
	FÉVRIER	agrégé.....	
	ÉTIENNE	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✻, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✻, I ✪, HERRGOTT ✻, I ✪, HECHT ✻, I ✪, BEAUNIS ✻, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✻, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✻, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. HEYDENREICH, I ✪, professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, I ✪, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, A ✪, agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✻, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ETIENNE.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A ✪.	ZILGIEN.	JACQUES.
FÉVRIER, A ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
	FRŒLICH.	

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✻, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪, REMY, A ✪, P. PARISOT, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MA TANTE BIEN-AIMÉE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAUSHALTER

AVANT-PROPOS

Depuis notre entrée à la Maternité, nous avons vu pratiquer à maintes reprises le curage digital. Les résultats qu'il a donnés nous ont paru dignes d'être relatés, et nous avons pensé que le sujet, bien qu'ayant déjà été traité, pouvait néanmoins être repris : aussi l'avons-nous choisi pour notre thèse inaugurale. Ce qui nous a surtout frappé dans ce mode de traitement, c'est sa simplicité, sa rapidité d'exécution, son innocuité absolue, et ce sont ces avantages remarquables que nous nous proposons de faire ressortir de toute une série d'observations. Non pas que nous éliminions les injections intra-utérines, qui constituent pour nous un adjuvant très précieux, dont nous nous servons immédiatement après le curage, et que dans certains cas nous continuons durant quelques jours après notre inter-

vention. Nous ne rejetons pas plus le curettage, auquel nous avons aussi recours, mais dans des limites plus étroites, et assez rarement, il faut l'avouer, quand nous ne pouvons plus rien demander au doigt.

Avant d'aborder notre sujet, nous désirons vivement exprimer toute notre reconnaissance au maître qui, par son enseignement, nous a permis de l'entreprendre, M. le Professeur A. Herrgott. C'est à sa clinique que nous avons puisé la plupart de nos documents qui ne sont que l'expression écrite de sa manière de faire.

Nous tenons ici à rendre hommage à son grand cœur et à lui témoigner une admiration profonde pour l'œuvre noble et modeste qu'il a fondée à la Maternité dans le but de protéger la première enfance.

Qu'il reçoive enfin tous nos remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

L'année que nous avons passée comme interne dans le service de M. le Professeur agrégé Haushalter nous a laissé de bien doux souvenirs. Nous avons su apprécier le talent de ce jeune maître plein de bonté, à qui nous désirons vivement exprimer ici toute notre gratitude.

Nous nous faisons aussi un devoir de remercier tout particulièrement MM. les Professeurs Spillmann, Gross et Vautrin, dont nous avons été l'externe, et qui nous ont largement prodigué leurs conseils et leur science.

Nous remercions notre ami le docteur Maleterre, chef

de clinique à la Maternité, des conseils qu'il a bien voulu nous donner au sujet de notre thèse et des observations de sa clientèle privée qu'il nous a si aimablement communiquées.

Que le service de la Maternité, qui nous a toujours fait un si bienveillant accueil, soit assuré de toute notre sympathie. Nous lui exprimons hautement le regret d'être obligé de le quitter bientôt.

A tous nos amis enfin et particulièrement à nos camarades d'internat, en souvenir d'une cordiale entente, et de deux excellentes années de salle de garde, nous voulons dire :

..... *Et hæc olim meminisse juvabit.*

HISTORIQUE

L'extraction, à l'aide des doigts, du placenta resté dans la cavité utérine, remonte, ce semble, à la plus haute antiquité. Il paraît très logique que l'homme se soit d'abord servi pour cet usage de l'instrument merveilleux de tact et d'intelligence, que lui a donné la nature, nous voulons dire de la main.

Hippocrate (*De Morbis mulierum*) engage l'accoucheur à porter la main dans l'utérus et à détruire les adhérences qui peuvent retenir le délivre. Il n'est question ici que de la rétention post partum, mais il est probable que la ligne de conduite était la même dans la rétention post abortum, au moins quand il y avait possibilité d'introduire les doigts.

Soranus d'Ephèse (fin du I^er^ siècle, Trad. F.-J. Herrgott) enseigne la même ligne de conduite. Chaque fois qu'il faudra introduire la main, elle ira le long du cordon comme guide jusqu'à l'adhérence du placenta ; il faudra introduire la main jusqu'au placenta, la porter légèrement et sans effort tout autour de lui et le détacher sans faire de déchirures.

Si les doigts étendus rencontrent des adhérences, il faut les avancer doucement entre le chorion et la matrice tout à l'entour et les rompre ainsi.

Moschion, son abréviateur (VI^e siècle), pose la question suivante : « Si les secondines n'arrivent pas, que faut-il faire ? » et il y répond ainsi : « Si l'orifice est encore ouvert, l'accoucheur introduira la main gauche et dans quelque partie de la matrice qu'elles se trouvent, si elles sont détachées de la matrice, elle les saisira et les amènera avec le secours des contractions de la femme ; si elles sont encore adhérentes, elle fera de légers mouvements à droite et à gauche, et les amènera en suivant la direction de la matrice. »

Les médecins de l'antiquité et ceux du moyen âge suivaient sans aucun doute le même précepte.

Ambroise Paré (1), le premier (XVI^e siècle), donne des indications précises. Il veut qu'il ne demeure dans l'utérus aucune portion de l'arrière-faix ; il faut extraire complètement le délivre quand il y a des accidents, et même à titre préventif, pour « obvier et éviter les accidents prédits ». Pour ce faire « la sage-femme mettra sa main doucement « dans la matrice, ointe d'huile ou de quelque axonge, et « suivra le nombril, qui lui servira de guide pour prendre « l'arrière-faix, et le séparera s'il est encore adhérent contre « le fond de la matrice, avec les doigts seulement, le tour- « nant de côté et d'autre, et le tirera non par violence, « comme font les folles et idiotes matrones. »

Nicolas Rocher, XVI^e siècle (*De mulieribus curandis mor-*

---

(1) *Œuvres complètes.* Chassaignac.

bis, p. 107), conseille de soutenir la matrice avec une main appuyant sur la paroi abdominale, pendant que l'autre est occupée à l'extraction.

Guillemeau (1599) (1), tout en sachant attendre, enseigne que pour obvier aux accidents de rétention du délivre « il faut être diligent à le faire sortir, ou tirer sans se précipiter, et patienter un peu en le maniant et le branslant toujours ».

Mauriceau (1668) (2), parlant de la fréquence de la rétention du délivre dans l'avortement, extrait en cas d'hémorrhagie le placenta avec le doigt, et donne une injection chaude.

Deventer, Portal, la Mothe, Haller s'en tiennent à la même pratique.

Avec Puzos (*Traité des accouchements*) (1756) et ses élèves, on est moins interventionniste.

Cependant Levret (*Art des accouchements*) (1766) intervient avec les doigts, dans les cas de grande hémorrhagie, comme en témoigne ce passage : « Il faut se servir de la pince à faux germe si les doigts ne sont pas suffisants. »

La méthode de l'expectation est en honneur à la fin du XVIII^e^ siècle, et le XIX^e^ siècle naissant l'adopte.

M^me^ Lachapelle (*Pratique des accouchements*, Tome II) se permet seulement « d'attirer le placenta lorsqu'il est détaché et qu'il se présente à l'orifice ramolli et bien ouvert ; deux doigts suffisent pour cette opération ».

En cas d'hémorrhagie résistant au tamponnement,

---

(1) Guillemeau. *Œuvres de chirurgie*, 1599.

(2) *Maladie des femmes grosses et des accouchées*, 1668.

Mme Boivin (*Mémorial des accouchements*, 1836) extrait le placenta, mais avec les doigts.

En 1867, M. Gueniot étudie la question de l'intervention active. Dans le mémoire qu'il publie dans le *Bulletin de Thérapeutique* (Tome 73) il décrit sous le nom de toucher utérin, ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de curage digital ; toutefois il rejette cette méthode, ainsi qu'on va le voir, comme étant d'une efficacité souvent douteuse, surtout dans les avortements des troisième et quatrième mois, mais il en est partisan dans les avortements des cinquième et sixième mois, qui ne sont que des accouchements en miniature. Nous citons le passage en entier :

« Le doigt indicateur, introduit jusque dans la cavité utérine, pourrait à la rigueur être employé. Après avoir fait pénétrer le plus doucement possible la main entière dans le vagin, tous les doigts étant fermés à l'exception de celui qui doit agir, on ferait traverser à ce dernier le col utérin, puis arrivant jusque sur le placenta lui même, on tenterait de le séparer en glissant entre lui et la matrice le doigt recourbé en crochet. Pour faciliter cette manœuvre, la vessie et le rectum ayant été préalablement évacués, un aide presse avec la main sur l'hypogastre afin d'immobiliser la matrice et de rendre sa cavité plus accessible. L'opération ainsi réglée est sans doute possible dans un grand nombre de cas, mais pour que sa réalisation soit avantageuse, il faut : 1° Que le col utérin soit assez ouvert pour livrer au doigt un libre passage ;

« 2° Que le vagin permette à la main entière de pénétrer jusque dans le voisinage du col ;

« 3° Que le placenta se laisse séparer dans sa totalité.

« Or la 1re condition, déjà très rare quelques heures après

la fausse couche, ne se rencontre presque jamais au bout de quelques jours. La seconde ne peut se réaliser, à cette période de la grossesse, sans provoquer des douleurs extrêmement vives, ni surtout sans produire des contusions ou des déchirures préjudiciables. D'ailleurs la main elle-même, mal à l'aise au fond d'un vagin trop peu ramolli, ne permet au doigt de manœuvrer qu'avec une peine infinie. Enfin, la 3e condition, plus importante encore que les deux autres sous le rapport du résultat, est nécessairement toujours plus ou moins problématique. D'où il suit en définitive que cette pratique très simple en apparence ne laisse pas que d'être d'une application difficile ou impossible et presque toujours dangereuse. Quoique depuis longtemps déjà j'en aie conçu les détails et imaginé l'emploi sous le nom de toucher utérin, quoique depuis lors j'aie trouvé cette opération très explicitement indiquée dans Levret qui semble la préconiser, je n'hésite cependant pas, aujourd'hui, à la regarder comme une ressource très précaire et d'une efficacité souvent douteuse. »

Mais pendant qu'en France on pratique l'expectation à outrance, dans les pays étrangers on intervient, tantôt avec la curette, tantôt avec le doigt, tantôt avec les deux méthodes combinées.

En Angleterre, c'est Hall-Davis (1836) (1) qui n'emploie que la main, c'est Tyler-Smith (1858) (2) qui déclare n'avoir jamais eu d'échec avec le doigt. « Il ne peut guère se présenter de cas dans lequel l'embryon ou les membra-

---

(1) Hall-Davis. — *Obstetrics Transact.*, no 3, 1836.
(2) Tyler-Smith. — *Lecturs of Obstetrics*, 1858.

nes ou les débris de membrane retenus dans l'utérus ne puissent être détachés et extraits avec le doigt. »

Priestley (1) (1861), Blondell et Churchill (2) (1866) réservent l'intervention manuelle pour les cas exceptionnels.

Ramsbotham (3) (1867), Leishman (4) (1876) interviennent avec le doigt.

Simpson (1876), à la *Société obstétricale d'Edimbourg*, déclare qu'il ne faut jamais se fier à un instrument pour détacher les débris placentaires adhérents, puisque le doigt, instrument guidé par le toucher, peut toujours les séparer.

Simpson est partisan de l'anesthésie et de l'abaissement de l'utérus avec une pince de Museux, ou avec une main exerçant une pression sur le fond de l'utérus.

Carmichael, Keiller, Milne, Macdonald, ne veulent intervenir qu'avec le doigt. (*Même Société.*)

Playfair (5) (1876) emploie le doigt, mais n'intervient qu'en présence de complications très sérieuses.

Duncan (6) (1886), en cas de rétention placentaire post abortum, se sert des doigts. Il est d'avis qu'on doit intervenir d'une façon précoce, pour couper court aux complications d'endométrite, d'hémorragie ou de septicémie.

---

(1) Priestley. — *Soc. Obstetric Londres*, 1er mai 1861.

(2) Churchill. — *Theory and practice of midwifery*, 1886.

(3) Ramsbotham. — *Obstetric, medicine and Surgery*, 1867.

(4) Leishman. — *System of midwifery*, 1876.

(5) Playfair. — *Traité d'accouchements* (Traduct. Vermeil, 1876).

(6) Duncan. — *Mécanisme de l'accouchement normal et pathologique* (Traduct. Budin, 1886).

Cheatham (1) (1886) est partisan, lui aussi, d'une intervention précoce, mais il se sert du curage mixte.

Edis (2) (1886) donne la préférence au doigt.

Cameron (3) (1888) a pu presque toujours extraire le placenta avec les doigts.

En Amérique, à la *Société gynécologique de Chicago* (21 nov. 1884), les docteurs Nelson, Adolphus, Byford se prononcent pour l'évacuation digitale de l'utérus.

Wathen, de Louisville (4) (1885), emploie le doigt, concurremment à la curette et aux pinces.

Chalwick, Stirincla (de Boston), Caroll (du Texas), agissent de préférence avec le doigt.

Southwick (5) semble pencher en faveur du doigt, car, avec la curette, on peut craindre la perforation de l'utérus.

Parish, de New-York (6) (1888), emploie d'abord le doigt et seulement ensuite la curette mousse.

En 1894, lors d'une discussion engagée à la *Société obstétricale de New-York*, Grandin se plaint que bien des praticiens ne se conforment pas aux lois de l'obstétrique

---

(1) Cheatham. — *Rétention du placenta après l'avortement* (*Med. Record.*, 2 janv. 1886).

(2) Edis. — *On the management of the incomplete abortion* (*British Medical Journal*, 1886).

(3) Cameron — *British Medical Journal*, 31 mai 1888.

(4) Wathen. — *Traitement des membranes dans l'avortement* (*Associat. med. Americ. Chicago*, 1885).

(5) Southwick. — *Americ. J. of Obstetric*, sept. 1886.

(6) Parish. — *New-York med. J.*, juillet 1888.

moderne, à savoir : débarrasser complètement l'utérus, s'assurer avec le doigt qu'il ne reste rien.

Murray, dans la même séance, déclare que le doigt doit toujours contrôler les sensations de la curette.

En Hollande, Nyoff, d'Amsterdam (1), extrait d'abord avec le doigt plutôt qu'avec la curette.

En Allemagne, le curage digital compte de nombreux partisans, moins toutefois qu'avec la curette.

Spöndly (2) (1875) extrait le délivre avec le doigt et fait suivre cette manipulation d'une irrigation intra-utérine à l'acide phénique en solution faible.

Veit (3) (1877) emploie le doigt et ne se sert de la curette que s'il est insuffisant.

Bœters (4) (1877) intervient d'une façon précoce, mais prétend que le doigt est insuffisant.

Fehling (5) (1878) intervient d'emblée dès qu'après 15 ou 20 heures la délivrance ne se fait pas. Il fait le curage digital si la dilatation est suffisante. Sinon il donne le

---

(1) Nyoff. — *Contribution au traitement artificiel de l'avortement* (*Nederlandysch. Tijdsch. van Verloskunde*, 1re année, no 2).

(2) Spondly. — *Erinnerung aus der Obstetrichen Praxis*, 1875.

(3) Veit. — *Die Therapie der Verkalkung von Eirestung nach Fehlgeburten* (*Zeitch. für Geb.*, 1877).

(4) Bœters. — *Zur Behandlung der Blutungen nach Abort* (*Central für Gyn.*, 1877).

(5) Fehling. — *Uber die Behandlung der Fehlgeburt* (*Arch. für Gyn.*, 1877).

chloroforme, qui permet la dilatation du col. S'il échoue, il recourt alors à la curette.

Felsenreich et Miculicz (1) (1881) n'attendent jamais plus de 48 heures et adoptent la méthode digitale. En cas de dilatation insuffisante, ils se servent des bougies de Hegar.

Munde (2) (1883) emploie d'abord le doigt et ensuite la curette.

Schwarz (3) (1884), dans l'hémorragie, agit d'abord par le tamponnement. En cas d'insuccès, il dilate le col, fait chloroformer la malade et intervient avec le doigt, déclarant qu'on ne doit recourir aux instruments qu'en désespoir de cause.

Rabenau (4) (1884), partisan de la curette, avoue parfois être obligé d'introduire le doigt.

Dührsen (5) (1887) et Dahlmann (6) (1888) adoptent la méthode mixte.

Bloch (1888) décolle tout le délivre avec le doigt et enlève avec la pince ce que le doigt a décollé.

Prokownick (7) (1889) préconise l'intervention précoce, mais n'emploie le doigt que si le col est suffisamment dilaté.

---

(1) Felsenreich et Miculicz. — *Zur Kentniss und chirurg. Beandlung des puerperalen Pyohemie* (*Prager Zeitsch für Heilkunde*, 1881).

(2) Munde. — *American J. of Obstetric*, 1883.

(3) Schwarz. — *Volkmann's Sammlung*, 1884.

(4) Rabenau. — *Berliner Klin. Woch.*, 1884.

(5) Dührsen. — *Arch. für Gyn.*, 1887, p. 161.

(6) Dahlmann. — *Zur Behandlung der Fehlgeburten* (*Centralblatt für Gyn.*, n° 2, 1888.

(7) Prokownick. — *Volkmann's Samml.*, 1889.

A Königsberg (Th. Schlodtmann, 1894), on tente d'abord l'extraction manuelle et seulement ensuite on se sert de la curette.

Müller (*Samml. Klin. Vortrage*, avril 1896) est nettement partisan du curage digital, et en pose les indications d'une façon précise.

1° Avant le 3e mois :

a) L'œuf est intact. S'il est totalement ou partiellement engagé dans le col, l'extraire avec le doigt. Si l'on éprouve des difficultés, tamponnement du col et du vagin à la gaze iodoformée, donner 1 à 2 grammes d'ergot de seigle ; 24 à 48 heures après, l'œuf est dans le vagin ou il est accessible.

b) L'œuf est rompu. Si le col est perméable, curage digital ; s'il est fermé, tampon qu'on renouvelle ou non jusqu'à dilatation suffisante pour pratiquer le curage.

2° On a affaire à un avortement de 3 à 5 mois :

a) L'œuf est complet. S'il occupe le col, tamponnement du vagin seul ; s'il est loin de l'orifice externe, tamponnement du vagin et du col ; 12 à 24 heures après, l'œuf est accessible au doigt, s'il n'est pas déjà dans le vagin.

b) L'intégrité de l'œuf est douteuse. Si le col est perméable, curage digital. S'il est fermé, le dilater avec le doigt ou les bougies d'Hegar et faire le curage. Si l'on éprouve des difficultés, pratiquer le tamponnement à la gaze iodoformée du vagin et de la cavité utérine.

En somme, quand le col est suffisamment dilaté, Müller pratique toujours l'intervention active, de même quand la septicémie s'annonce. Si l'hémorragie met les malades en imminence de collapsus mortel, il pratique le tamponnement.

Avec cette méthode, Müller n'a eu qu'une mort sur 292 avortements. (La malade avait été infectée en ville.)

En Italie, Lessona (1887) (*Délivrance artif.*, Turin, 1887) publie les résultats obtenus en traitant la rétention par la curette ou par le doigt et compare les deux méthodes.

Revenons en France, nous verrons la méthode, employée d'abord par quelques rares accoucheurs, être préconisée par les plus grands noms de l'art obstétrical.

Verrier, en 1875 (*Gaz. obstétricale*, juin 1875), cite une observation où le placenta, retenu depuis 29 jours dans l'utérus, à la suite d'un avortement, fut extrait à l'aide du doigt avec un succès complet.

Gruson (Th. Paris, 1879) n'adopte l'extraction manuelle du placenta abortif que dans les cas les plus graves où se manifesteront des symptômes d'intoxication putride, où la vie de la femme paraîtra sérieusement menacée. « L'on devra toujours, dit-il, préférer dans cette manœuvre l'emploi de la main à celui des instruments. »

Bouchacourt (*Dictionnaire encyclopédique*, 1882) déclare s'en tenir à l'extraction manuelle.

Pajot (*Annales de Gynécologie*, 1886) pose comme règle d'intervenir dès l'apparition de l'odeur. A ce propos, il se demande comment procéder : « Allez-vous vous servir du doigt qui, à la rigueur, peut pénétrer dans l'orifice le plus souvent ? Non. Il faudrait avoir des doigts démesurément longs. » Et il se sert d'un instrument à deux branches.

La même année, Auvard (*Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*, 1886) étudie la thérapeutique de l'avortement et ne fait

que mentionner le curage digital parmi les méthodes d'intervention active.

Labusquière publie dans les *Annales de Gynécologie* (1887) un cas de rétention placentaire post-abortive, suivie de phénomènes infectieux graves et traitée par l'extraction digitale avec un plein succès.

Dans un article publié dans la *Province médicale* (1887), Fochier, de Lyon, se montre nettement partisan du curage digital. Il anesthésie la malade et introduit le doigt dans l'utérus, n'utilise qu'un seul doigt. On ne doit le retirer qu'après s'être assuré qu'on a tout enlevé.

Fraipont, de Liège (*Gaz. méd.*, Liège, 27 juin 1889), préconise le curage mixte avec la curette guidée par le doigt.

Audebert (Th. Bordeaux, 1890), étudiant les différents traitements de l'infection puerpérale post-abortive, expose la méthode employée par M. Budin pour pratiquer le curage digital.

Il rapporte 9 observations, recueillies dans le service de M. Budin, toutes suivies de guérison.

Il conclut en préconisant l'intervention digitale dans la rétention du placenta décollé en tout ou en partie, s'accompagnant de lochies fétides et d'élévation de la température, mais la curette sera employée dans le cas de septicémie généralisée.

Chaleix, de Bordeaux (*Arch. de Toc.*, 1891), emploie le curage digital pour une hémorragie abondante due à la rétention d'un fragment placentaire post abortum. Il « prétend montrer que dans un cas d'hémorragie abortive grave, lorsque chaque goutte de sang versé ôte une chance de survie, l'intervention digitale, si elle est possi-

ble, offre des ressources immédiates et puissantes, mieux que tout autre agent. Le rôle du doigt est double ; il débarrasse l'utérus de son contenu et par son contact direct avec la surface intra-utérine, par l'action irritante du curage auquel il se livre, il éveille la contractilité des fibres musculaires et met en jeu les ligatures vivantes qui obturent les vaisseaux béants. « C'est, dit-il, le grand mérite du curage digital de n'exiger ni apprêts, ni aides, ni appareils spéciaux, comme le curettage instrumental. »

En 1891, un élève de Pinard (Bourgogne, Th. Paris, 1891) admet le curage digital seul dans les cas d'infection commençante. On introduit toute la main dans le vagin. L'autre main appuie sur la paroi abdominale. Si le col n'est pas assez dilaté, on le dilate avec l'excitateur de Tarnier ou avec le petit ballon de Champetier de Ribes.

Vibert, la même année (Th. Paris, 1891), conseille le curage digital, mais seulement en cas d'hémorragie résistant aux injections chaudes et au tamponnement vaginal. La septicémie n'en est pas une indication.

Brion (Th. Paris, 1892-1893) publie une statistique de 130 avortements observés dans le service de Pinard. Le curage digital n'a été employé que dans les cas de septicémie.

Dans son livre, *Asepsie et Antisepsie en Obstétrique*, 1894, le professeur Tarnier préconise l'extraction du placenta avec le doigt de préférence, quand il y a des accidents infectieux, et n'a recours à la curette qu'en cas d'échec, alors qu'en 1891, dans le *Journal des Sages-Femmes*, il déclarait recourir à la curette.

A la *Société obstétricale de France* (avril 1893), dans la discussion qui suit le rapport de Rivière sur le curettage

de l'utérus puerpéral, M. Budin affirme, avant d'avoir recours à une intervention quelconque dans la cavité de l'utérus, n'hésiter jamais à pratiquer l'exploration interne de cet organe. Il insiste sur ce fait que, s'il reste un corps étranger dans la matrice, on peut, dans la très grande majorité des cas, pénétrer plus ou moins facilement avec un ou deux doigts. Le doigt suffit le plus souvent, sauf dans certains cas d'adhérence placentaire, où l'on devra employer la curette.

M. Champetier de Ribes explore la cavité utérine et en mobilise les débris, placenta ou caduque, avant d'employer la curette.

Porak veut que le doigt serve de contrôle à la curette.

Bibot, de Namur, pense que le doigt ne peut parfaire la besogne qui lui incombe, c'est-à-dire nettoyer, curetter l'utérus, enlever les dernières parcelles du placenta et des membranes. Il rejette l'expectation et se sert de la curette.

Dumont de Tourcoing (*Annales de Gyn. et Toc.*, 1894) adopte la règle posée par Bourgogne dans sa thèse et n'admet le curage digital que dans le cas de rétention avec septicémie légère.

Oui (*Ann. Gyn.*, févr. 1895) déclare qu'il y a peu de partisans de l'expectation antiseptique ; il reconnaît que la curette est aveugle, infidèle et qui plus est dangereuse, mais elle reprend ses avantages quand elle est guidée par le doigt. L'indication primordiale quand survient un des accidents de la rétention placentaire, c'est l'extraction du placenta et des membranes.

Pinard (*Sem. méd.*, 1895) distingue le curage avec le doigt de l'évacuation instrumentale ou curettage.

« Nous employons uniquement ce procédé (le curage)

quand nous sommes obligé de pratiquer la délivrance soit après l'accouchement, soit après l'avortement, car seul il permet d'enlever tout le placenta, ce qui est impossible avec le curettage. »

Dans leur livre paru en 1896 chez Steinheil sur *le traitement de l'infection puerpérale*, Pinard et Wallich reviennent sur le même sujet. Dans les accidents infectieux post abortifs, ils pratiquent d'abord le curage digital, qui suffit le plus souvent. Ils ne recourent au curettage que si la température s'élève les jours consécutifs. Sur 44 avortements, pas une seule fois ils n'ont eu à compléter le curage par le curettage. Le curage digital se fera sous le chloroforme, pour pouvoir introduire la main dans le vagin et deux doigts dans la cavité utérine. L'hémorrhagie qui se produit pendant le curettage avec anesthésie ne se produit pas avec le doigt. On fera après l'extraction des débris placentaires une revision soigneuse de la cavité utérine.

Si le col n'est pas suffisamment ouvert, on fera la dilatation extemporanée avec les bougies de Hegar si le temps presse, sinon on se servira du petit ballon de Champetier de Ribes.

Hamon (*Thèse*, Paris 1896) conseille dans les cas d'hémorrhagie grave, où les injections intra-utérines chaudes ont échoué, le curage ou le curettage. Il renonce à l'anesthésie. Dans la septicémie, il pense que le doigt peut ne pas sentir les quelques débris de membranes restant, et que la dilatation du col est souvent insuffisante.

De Coste (*Thèse*, Montpellier 1896) admet que dans bien des cas le curage digital s'est montré suffisant contre l'hémorrhagie, mais, ajoute-t-il, il échoue souvent aussi. « On doit se demander si, en raison des insuccès fréquents du curage

digital, il ne vaudrait pas mieux d'emblée recourir à la curette. » Il se déclare partisan de l'expectation.

Frey (*Thèse*, Paris 1896) se déclare partisan de la curette mousse guidée par le doigt. Il rejette le chloroforme comme inutile.

Lucas (*Thèse*, Paris 1896) fait valoir les avantages du curage digital et en pose les indications, relativement aux complications de l'avortement.

1° L'hémorrhagie est sérieuse :

a) Le col admet l'introduction de deux doigts, dès lors faire l'extraction immédiate ; si l'on rencontre des difficultés, tamponnement utérin ou vaginal.

b) Le col est fermé ou insuffisamment dilaté.

Si l'hémorrhagie est foudroyante, tamponnement vaginal. Le tampon enlevé, pratiquer le curage digital, après dilatation, si le col n'est pas ouvert.

Que si la rétention date de quelques jours, et que les pertes, bien que peu abondantes, soient continues, pratiquer le curage d'emblée.

2° Il y a infection. Deux cas peuvent se présenter :

a) Le col permet l'introduction de deux doigts. Curage digital immédiat.

b) Sinon, curage après dilatation, qui se fera par de la laminaire ou le petit ballon de Champetier si l'infection n'est pas menaçante, mais qui sera faite extemporanément avec la bougie d'Hegar, si le temps presse. Au besoin, on complèterait le curage par la curette ou l'écouvillonnage à la glycérine créosotée.

3° L'avortement évolue sans complications.

La conduite à tenir variera suivant l'origine et la nature de l'avortement. On pratiquera l'extraction immédiate du

délivre, quand on se trouvera en présence d'un avortement géméllaire, d'un fœtus macéré ou mort, quand l'avortement sera dû à une endométrite préexistante, à des manœuvres abortives, à la rétroflexion de l'utérus, ou encore quand l'avortement se produira chez certaines femmes prédisposées à la septicémie, de par l'anémie, la chlorose, le brightisme, la tuberculose, la misère physiologique.

Enfin quand la rétention totale ou partielle du délivre se prolongera au-delà du troisième ou quatrième jour, il y aura indication d'agir préventivement.

Le curettage sera toujours précédé du curage digital.

Audebert et Chaleix viennent de publier chez Masson, en 1896, un livre intitulé : *Traité de l'avortement incomplet.* Ils préconisent l'intervention précoce, mais leur manière de voir diffère de ce que l'un et l'autre écrivaient en 1890, car actuellement ils donnent la préférence au curettage sur le curage, qu'ils croient insuffisant. Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser.

Enfin, le professeur Tarnier, dans une leçon clinique publiée le 25 avril 1897 dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie,* se fait le champion de l'expectation, mais quand il croit devoir intervenir il intervient digitalement. Il est de l'avis de Pajot : « *J'attends jusqu'à ce que cela pue ou saigne* », mais il est partisan de l'expectation active quand surviennent des accidents.

Citons les paroles du grand professeur : « Pour moi, avant le curettage avec la curette, je conseille le curage avec le doigt. La femme étant chloroformée, on fait pénétrer un doigt ou deux, on nettoie, on cure la cavité utérine. La curette est aveugle, n'est pas un instrument sensitif, comme le doigt qui a des papilles et se rend compte. »

En réponse à cet article, Doleris, dans la même revue (10 juillet 1897), combat la pratique de l'expectation, mais rejette le curage digital pour demeurer toujours le partisan de la curette.

Récemment encore, lors d'une communication faite à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris* le 8 juillet 1897 et publiée dans le numéro de l'*Obstétrique* du 15 juillet 1897, M. Maygrier déclare qu'il considère le curage digital comme « le procédé d'extraction par excellence du placenta abortif ou de ses débris ; mais ajoute-t-il, il faut se garder avant tout d'un curage incomplet. On ne devra pas se borner, comme on le fait trop souvent, à explorer la cavité cervicale et à extraire une portion du délivre engagée dans le col ». Il insiste sur ce fait que le col doit être assez ouvert pour permettre facilement l'introduction d'un ou deux doigts dans l'utérus. Habituellement, dit-il, le col est resté perméable ; quand il ne l'est pas, on peut pratiquer la dilatation extemporanée avec les bougies d'Hegar, moins rapidement mais avec succès au moyen des ballons de Champetier de Ribes ou de Boissard de petit calibre. Il pense qu'il faut proscrire absolument les dilatateurs métalliques à deux ou trois branches.

M. Maygrier insiste aussi sur l'utilité de l'anesthésie. Il ne se sert de la curette que guidée sur le doigt quand celui-ci ne réussit pas à lui seul à détacher des fragments trop adhérents. Les pinces lui paraissent inutiles pour extraire le délivre décollé : leur emploi à son avis n'est pas toujours inoffensif ; il leur préfère une manœuvre indiquée par Budin qui consiste à comprimer l'utérus entre deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin et l'autre main appuyant sur la face antérieure de l'organe à

travers la paroi abdominale. Il préconise après le curage digital l'écouvillonnage au moyen des écouvillons en côtes de plume imbibée de glycérine créosotée au 1/3 ou à 1/2. L'opération est terminée par une injection intra-utérine et par un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

REPROCHES ADRESSÉS AU CURAGE

Parmi les objections faites au curage digital, il en est qui tombent devant les faits. Elles ont été formulées à priori, sans essai préalable de la méthode.

C'est ainsi que, en Amérique, Dewees (*System of midwifery*, 1836) n'admet pas la possibilité de l'intervention manuelle dans les cinq premiers mois, parce que la cavité utérine est trop petite pour admettre la main, deux doigts ou même un seul.

Pour ce qui concerne la main, l'accord existe, mais les observations où deux doigts, surtout un seul doigt, ont pu être introduits sont trop nombreuses, pour que l'on insiste.

Bœters en Allemagne prétend que le doigt est insuffisant. Gueniot, lui aussi, le regarde comme d'une ressource très précaire et d'une efficacité souvent douteuse. Tel est aussi au fond l'avis de ceux qui, après le curage digital, pratiquent le curettage instrumental. Cependant, dans les observations que nous rapportons, le doigt a toujours été suffisant. Qu'on

lise en effet nos 34 observations, et l'on verra que sur 8 cas où l'on est intervenu pour infection, la température est revenue à la normale dès le soir même ou dès le lendemain, que, dans les cas d'hémorrhagie, la cessation immédiate et définitive de l'écoulement sanguin a été obtenue sans tamponnement intra-utérin ultérieur, et qu'enfin 8 interventions précoces ont été couronnées d'un plein succès, sans qu'aucune complication soit survenue.

L'objection du professeur Pajot, qu'il faudrait avoir des doigts démesurément longs pour intervenir par le curage digital, ne paraît pas fondée. Que l'on consulte en effet plusieurs des observations citées plus loin, et l'on remarquera que le curage a été pratiqué chez certaines multipares avec un seul doigt, le reste de la main déprimant seulement la vulve et se trouvant hors de la cavité vaginale, et cependant le doigt employé ne mesurait pas plus de 10 centimètres. D'ailleurs l'usage du chloroforme, en permettant l'introduction de la main dans le vagin, facilite considérablement la besogne, et permet au doigt de parfaire son œuvre.

Bibot, de Namur (l'objection date de 1894), déclare « que le doigt conviendrait parfaitement, s'il pouvait s'insinuer jusqu'au fond de l'utérus et explorer ses angles, s'il était suffisamment puissant, si la dilatation était toujours suffisante pour lui livrer passage ».

« S'il pénètre, dit-il, il se fatigue vite, est mis hors de service et perd ainsi tout son tact et toute sa clairvoyance. »

On peut répondre que le doigt, dont on s'est uniquement servi, à la clinique, a donné d'aussi bons résultats que la curette préconisée par M. Bibot. Les faits sont là pour prouver que le doigt peut en effet s'insinuer jusqu'au fond

de l'utérus et explorer ses angles. On verra dans l'exposé du manuel opératoire que c'est le rôle de la main extérieure, placée sur la paroi abdominale, de presser sur l'utérus et de présenter, au doigt qui curette, le fond et les angles de la matrice ; que la main qui se fatigue est la main extérieure ; il sera indiqué un procédé bien simple pour remédier à cet inconvénient. L'index curetteur se fatigue aussi, mais bien moins qu'on ne serait tenté de le croire, surtout quand l'anesthésie par le chloroforme est pratiquée. Quant à la question de dilatation insuffisante, qu'il suffise de dire que toujours, dans les observations publiées, le doigt a pu pénétrer dans le col ; pourtant on a eu affaire à des avortements de 6 semaines chez une primipare, de 5 mois chez une multipare et au point de vue de la durée de la rétention à un cas où elle datait de 6 semaines.

M. Bibot ajoute, et Hamon est du même avis, d'ailleurs c'est là l'objection la plus spécieuse, qu'il croit le doigt impuissant à curetter l'utérus et à enlever les dernières parcelles du placenta et des membranes. Nous affirmons que pas une fois on n'a dû compléter le curage digital par la curette ; et cela tient à ce qu'avant de finir l'opération, toujours on a procédé à une revision soigneuse de la cavité utérine, que l'on a grattée avec l'ongle comme on aurait fait avec une curette. Nous pensons même que, là où le doigt a échoué, la curette même dirigée par lui se butterait infailliblement.

Martinow rejette le doigt, parce que l'asepsie, dit-il, en est difficile. Or tous les jours, dans toutes les parties du monde, il se fait des opérations où les chirurgiens portent le doigt, asepsié minutieusement comme nous le compre-

nons, dans des cavités autrement snsceptibles que la cavité utérine, et cela impunément, aussi ne voyons-nous pas pourquoi il serait plus dangereux d'introduire le doigt dans l'utérus.

On reproche aussi au curage digital d'être douloureux. Ce qui est surtout douloureux, ce n'est pas tant le curage lui-même que l'introduction de la main dans le vagin, surtout chez les primipares, et aussi, mais à un moindre degré, le fait de dilater le col quand il l'est insuffisamment. Or on peut parer à cet incouvénient, chez les femmes pusillanimes, en pratiquant l'anesthésie.

Genesteix exprime des craintes sur les suites possibles de l'abaissement de l'utérus. Notons d'abord que souvent, ainsi que M. Gueniot et plus récemment Kiffer l'ont démontré, l'utérus dans l'avortement est souvent abaissé naturellement. Ecoutons d'ailleurs à ce sujet ce que dit M. Doleris : « L'abaissement de l'utérus est une chose fort simple, indolore et sans danger. Depuis 3 ans en effet, l'auteur l'emploie et il n'est pas près d'y renoncer ; dans les cas très nombreux où, pour une raison ou pour une autre, il a dû abaisser le col chez des femmes non gravides, il n'a jamais constaté ni difficulté, ni douleur, ni danger à cette pratique. A plus forte raison, quand il s'agit d'utérus gravide, car les tissus sont plus extensibles et plus lâches dans cette dernière condition. »

Le chloroforme, a-t-on dit, est indispensable pour pratiquer le curage digital. C'est inexact. On peut chez certaines multipares employer le curage digital sans anesthésie, mais il faut le reconnaître, le chloroforme facilite incontestablement la manœuvre. Au reste, on comprend assez difficilement cette crainte du chloroforme, quand on songe

que cet agent est employé journellement en chirurgie pour asseoir des diagnostics douteux.

En somme, les reproches faits au curage digital ne paraissent pas suffisants pour rejeter à priori la méthode ; essayons maintenant de montrer que le doigt peut soutenir la comparaison avec la curette.

PARALLÈLE ENTRE LE CURAGE ET LE CURETTAGE

Sans vouloir faire le procès de la curette qui a donné de beaux résultats entre les mains d'opérateurs habiles, nous ferons cependant remarquer :

Que la curette, étant plus aveugle, expose plus à la perforation de l'utérus. De nombreux cas en ont été signalés (1). Jamais pareil méfait n'a pu être imputé au doigt. Nous savons bien que l'on a cherché à atténuer tout récemment le danger de la perforation. Il n'en est pas moins vrai que c'est à elle que quelques femmes ont dû la mort. Aussi la perspective de perforer l'utérus ne laisse-t-elle pas que de rendre timoré dans l'emploi de cet instrument. Nous

(1) Pichevin, *Des accidents causés par le curage utérin. Ann. Gyn.*, mai 1895 ;
Alberti, *Centralblatt für Gyn.*, 29 septembre 1894 ;
Fleishman, *ib.*, 6 octobre 1894 ;
Mann, *Amer. Journ. of. obstetric.*, mai 1895.

serons d'autant plus réservé que cet accident est arrivé à des opérateurs exercés. A plus forte raison pourra-t-il se produire quand la curette sera maniée par des praticiens de moindre expérience.

Les partisans les plus convaincus du curetage instrumental insistent d'ailleurs sur les multiples précautions à prendre. « Dangereux entre des mains inhabiles et malpropres, » le curetage est considéré par MM. Chaleix et Audebert « comme une opération chirurgicale délicate qui peut avoir affaire à des incidents épineux et inattendus ».

Certains reprochent au curage digital d'être « insuffisant » et lui préfèrent la curette.

Nous avons précisément sous les yeux deux observations de l'excellent ouvrage d'Audebert et Chaleix, où nous voyons ce qualificatif apposé au mot curage, et où dans l'une la cuvette aurait comblé la lacune du doigt. Dans la première (Observation XVII), nous lisons : « Il semble qu'il ne reste plus rien dans l'utérus », et dans la seconde, (Observation XLIV), on trouve le passage suivant : « La main introduite dans la cavité vaginale saisit et retire de l'utérus une portion de placenta assez volumineuse, ce qui permet de penser que l'évacuation utérine est complète. » Que MM. Audebert et Chaleix nous permettent de leur faire une petite remarque ; s'ils n'ont pas dans ces deux cas obtenu du curage l'effet voulu, c'est qu'ils ne l'ont pas poussé assez loin. Chaque fois en effet qu'ils ont pratiqué après le curage une revision soigneuse de la cavité utérine, le résultat a toujours été satisfaisant. Nous en prenons comme exemple les deux observations 41 et 42 du même ouvrage, où après coup ils ont pratiqué avec beaucoup de soin le toucher intra-utérin qui leur a montré une cavité

utérine absolument vide. Il ne faut pas blâmer une méthode si l'on omet certains de ses points importants. D'ailleurs la curette elle aussi laisse plus souvent peut-être que le doigt des portions même considérables de délivre.

Oui, de Lille (*Ann. de Gyn.*, février 1895), sur 8 cas d'avortement où il est intervenu avec la curette, en cite deux où elle a été notoirement insuffisante et a laissé dans l'utérus une partie notable du placenta.

Patru (1) déclare que sur 72 cas d'avortement, où le curettage fut pratiqué à la clinique de Genève, il dut 20 fois recommencer l'opération le jour même ou le lendemain, parce qu'une première fois elle avait été insuffisante. Il est vrai, ajoute-t-il, que ceux qui étaient intervenus tout d'abord n'étaient que des étudiants. Mais ce n'étaient probablement pas des étudiants au début de leurs études, mais bien des docteurs du lendemain, et leurs résultats peu encourageants ne plaident pas en faveur de la curette.

Doleris (*Revue internationale de médecine et chirurgie*, 1897) dans une statistique de 8 cas note l'expulsion, ultérieure à un curettage, d'un petit fragment placentaire, dont la rétention toutefois n'amène aucun accident.

Nous nous souviendrons toujours d'un curettage pratiqué, dans un cas de môle hydatiforme expulsée en partie, par un chef de clinique chirurgicale de la Faculté qui certainement a une grande habitude de la curette. La température persistant malgré cette intervention, un collègue lui conseilla de pratiquer le curage digital sous chloroforme. Il se rendit à cet avis, et bien lui en prit, car il ramena

---

(1) Patru. — *Revue médicale de la Suisse romande*, janvier 1896.

environ 80 grammes de débris, tant caduque épaissie que vésicules.

Nous osons à peine citer le cas de Moser où, le lendemain d'un curettage, on vit avec stupéfaction être expulsé un fœtus de 6 à 7 centimètres, auquel la curette avait coupé les jambes.

Avec le curage digital, la position obstétricale n'est utile que lorsqu'on veut dans la suite pratiquer le tamponnement intra-utérin. Or ce tamponnement n'est pas nécessaire, comme on peut le voir dans nos observations, si l'on intervient pour hémorrhagie, complication qui nécessite, pour peu qu'elle soit intense, qu'on donne à la femme le moins de mouvement possible, dans la crainte d'une syncope, en d'autres termes qui demande le decubitus dorsal.

On a dit aussi, et tout récemment encore M. Doleris (*loco citato*), qu'en cas d'adhérence partielle du délivre le doigt ne vaudrait jamais la curette. Cette manière de voir n'est pas partagée par tous, et où l'ongle échoue, il est fort probable que la curette ne réussira pas non plus, au moins sans danger pour la malade.

Ensuite le curage digital ne nécessite aucun apprêt. On peut le pratiquer séance tenante, comme cela est arrivé, dans l'observation VIII, et couper court ainsi à une hémorrhagie presque certainement fatale.

Un accident qui a été noté fréquemment pendant qu'on pratique le curettage et que nous n'avons jamais vu se produire chaque fois que l'on s'est servi du doigt, c'est l'hémorrhagie. Les partisans de la curette ont affirmé qu'elle ne se produisait qu'au cours du curettage pratiqué sous chloroforme ; or, l'on trouve dans l'ouvrage d'Audebert et

Chaleix (Observation IV) un cas où le curettage a dû être suspendu pour une violente hémorrhagie, et cela sans qu'on ait employé le chloroforme. Personnellement, alors que nous hésitions encore à introduire notre doigt dans un utérus abortif, nous avons voulu un jour pratiquer un curettage pour hémorrhagie, et avons dû nous arrêter avec la curette, le sang se montrant en quantité considérable ; l'opération a été continuée avec le doigt, sans que cet écoulement sanguin ait persisté.

Cette même hémorrhagie, et c'est là un nouvel avantage pour le curage, ne se produit pas avec le doigt, même quand on pratique l'anesthésie. Il est vrai que pour éviter d'augmenter l'écoulement sanguin, alors qu'au contraire on pratique le curettage pour l'arrêter, M. Doleris dit qu'il faut brusquer les choses, « *se servir de la curette pour décoller le délivre* avec la paroi utérine et *non pas râcler* cette paroi », saisir avec une pince fenêtrée l'extrémité libre du placenta décollé, *que l'index a pu sentir aisément dans la cavité de la matrice* (avortements de 3 à 5 mois). Or l'ensemble de ces manœuvres nous paraît bien compliqué, et à vrai dire nous sommes persuadé que si on laissait le doigt agir seul ou à la rigueur aidé de pinces, pour extraire le placenta, la besogne se ferait plus commodément et plus rapidement.

Le temps, en effet, nécessaire pour pratiquer un curage n'est certainement pas plus long que celui que demande un curettage ; puis, peu importe quelques minutes de plus, si l'on opère plus sûrement avec des résultats certainement comparables.

Consultons donc, pour nous en convaincre, différentes statistiques :

Lessona, de Turin (*loco citato*), donne 94 p. 100 de

guérisons pour les cas traités avec le doigt et 95 p. 100 pour les cas traités avec la curette. « Mais, dit-il, il faut chercher la raison de cette légère différence uniquement dans ce fait que les précautions antiseptiques ont souvent fait défaut quand on a employé le doigt. »

Pinard cite 44 cas d'intervention digitale pour des accidents d'infection, tous suivis de guérison et n'ayant nécessité aucune intervention complémentaire.

Audebert, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux, 1890), relate 9 observations de septicémie traitées par le doigt, et toutes avec un succès complet.

Nous-même arrivons avec un total de 8 guérisons pour septicémie sur 8 cas, de 18 guérisons pour hémorrhagie sur 18 cas, et de 8 cas favorables d'intervention précoce sur 8 tentatives.

Nous concluons donc que le praticien a tout avantage à employer le curage digital. Qu'il se persuade que le doigt, dans le cas d'avortement, est un excellent instrument, qu'il tarit l'hémorrhagie mieux et à moins de risques que la curette, qu'il enlève les annexes de l'œuf retenues aussi complètement qu'elle, qu'en un mot, avec plus de sécurité, il offre autant de chances de guérison.

Cependant, faut-il rejeter absolument le curettage instrumental ? Nullement, mais son rôle doit être plus restreint. Le voici : quand, après avoir, par le curage digital, enlevé tout ce qui est possible et fait suivre cette intervention d'une injection intra, on voit pendant les 24 heures qui suivent, malgré une ou deux injections antiseptiques, intra-utérines, la température rester au même taux ou continuer à s'élever, c'est que déjà la muqueuse utérine est malade, que les éléments microbiens l'ont pé-

nétrée; il faut alors, ainsi que le recommandent Pinard et Wallich, aller râcler la muqueuse avec la curette et attaquer le mal dans ses derniers retranchements, y joindre un écouvillonnage et un tamponnement à la gaze iodoformée. Mais il convient d'avouer que les cas où l'on devra intervenir ainsi sont assez rares, puisque, dans les 44 cas de Pinard, les 9 d'Audebert et les 8 nôtres, jamais la chose n'a été nécessaire.

MANUEL OPÉRATOIRE

On peut mettre la femme dans la position obstétricale ; cependant quand on intervient pour hémorrhagie grave, il est préférable qu'elle reste couchée horizontalement dans le décubitus dorsal, afin d'éviter la syncope qui pourrait résulter de son déplacement.

Si le temps ne presse pas, on procédera à une toilette vulvaire et vaginale minutieuse, et pratiquera le cathétérisme vésical au cas où la femme n'urine pas spontanément. L'antisepsie vulvo-vaginale sera faite de la façon suivante : la vulve et le mont de Vénus seront lavés et savonnés avec une solution de sublimé à $\frac{0,20}{1000}$. Le vagin recevra une injection de deux litres environ de la même solution, et, pendant que le liquide coulera, deux doigts introduits dans sa cavité en déplisseront les parois, qu'ils frotteront assez énergiquement pour enlever les dépôts qui les tapissent. La main opérant ne se trouvera pas de cette façon, lors de son passage dans le vagin, au contact de

produits impurs qu'il serait nuisible de porter dans la matrice. Cette main d'ailleurs ainsi que les avant-bras auront été lavés, savonnés, les ongles curés et brossés.

Si la femme présente de la température ou que les lochies soient fétides, on pratiquera avantageusement une injection intra-utérine au permanganate de potasse ou à l'acide phénique pour enlever les exsudats septiques qui recouvrent la surface de l'arrière-faix et pourraient être résorbés pendant le curage. Tout ce qui précède se fait pendant l'administration du chloroforme, dont l'usage n'est pas absolument nécessaire et dont les indications paraissent être celles que voici :

1. *La primiparité.* — Les primipares ont en effet l'anneau vulvaire résistant, l'accoucheur ne le force qu'avec peine, au prix de souffrances atroces, que la malade se refuse à supporter.

2. *La pusillanimité.* — Certaines femmes même multipares sont d'une sensibilité exagérée, et le simple fait de les toucher seulement avec un doigt leur arrache des cris.

3. *L'embonpoint.* — Quand la paroi abdominale est doublée d'une couche de graisse même moyenne, pour peu que sous l'influence de la douleur les muscles se contractent, la main placée sur l'hypogastre ne peut plus jouer son rôle, et le curage n'offre plus de sécurité, il est même impossible.

4. Le déplacement et surtout les adhérences de l'utérus en arrière.

5. L'absence de dilatation du col suffisante pour admettre un doigt.

Premier temps. — Sous le sommeil chloroformique, on procède au premier temps.

La main droite enduite de vaseline au sublimé pénètre dans le vagin, l'index recherche le col et s'insinue dans son orifice qui se trouvait suffisamment dilaté pour le recevoir dans presque toutes les observations ultérieurement exposées. Dans quelques cas, il y avait un resserrement, tantôt à l'orifice externe, le plus souvent à l'orifice interne, qui s'est laissé vaincre sans grand effort, voici comment : Tandis que l'on présentait le doigt indicateur à l'orifice cervical, avec la main extérieure on saisissait l'utérus à travers la paroi abdominale, on l'abaissait, l'empalait en quelque sorte sur l'index, qui de son côté par un mouvement de bas en haut résistait en sens contraire et franchissait toujours facilement, il faut en convenir, l'obstacle. Au début on employait deux doigts à la clinique ; depuis quelque temps on se contente d'un seul, dont l'action est tout aussi efficace et qui nécessite un degré de dilatation bien moindre, qu'on rencontre presque toujours. (Il est bien évident que, s'il y avait place pour deux, on ne devrait pas hésiter à s'en servir.)

Jamais on n'a eu à recourir à des agents dilatateurs, mais si le cas se présentait la préférence serait donnée aux bougies de Hegar ou aux ballons de Champetier, petit modèle, pour les avortements de 4, 5 et 6 mois.

Deuxième temps. — *Décollement du placenta.* — Le doigt a pu pénétrer dans la matrice, il se glisse avec beau-

coup de douceur entre la masse formée par les annexes fœtales plus ou moins infiltrées de sang caillé et le tissu utérin. On délimite toujours assez facilement ce qui appartient à l'un et à l'autre : il existe comme un plan de clivage. Le décollement des parties adhérentes se fait par des mouvements en coupe-papier si l'adhérence est minime ; si elle est forte ou si la partie à décoller occupe le fond et les angles, il faut l'attaquer avec l'ongle. On a beaucoup trop exagéré, selon nous, les dangers de cette dernière manœuvre qui est absolument innocente, si le doigt agit sous le contrôle de la main placée sur la paroi abdominale ; elle ne nous paraît pas plus à redouter que celle qui consiste à écraser le placenta contre la paroi utérine, à le réduire en bouillie. En un mot, tous les procédés sont bons, pourvu qu'on s'en serve avec beaucoup de prudence. Il est même très utile de ne pas les employer exclusivement, mais de les combiner. On n'opère pas toujours comme on veut, mais comme on peut.

Jamais on n'a eu à faire intervenir le pouce pour écraser entre lui et l'index le délivre, comme nous voyons le fait cité dans la thèse d'Audebert. D'ailleurs, dans tous les cas observés au service, son introduction en même temps que celui de l'index eût été absolument impossible.

Troisième temps. — *Extraction.* — C'est quelquefois le temps le plus ennuyeux, car il s'agit de faire sortir par le col une masse souvent trop volumineuse pour son degré de dilatation. On y arrive cependant en écrasant le délivre décollé, en le dilacérant, puis on en saisit une portion dans le crochet formé par l'index recourbé, portion qu'on abaisse aussi bas que possible, qu'on cherche à insinuer

par une de ses extrémités dans la lumière du col, à faire descendre à frottement contre les parois jusqu'au voisinage de l'orifice externe. Arrivée là, on la saisit avec le pouce et l'index et on l'attire au dehors. Le fragment ainsi saisi est ordinairement le plus volumineux. Une fois sorti, le reste suit.

Dans nos observations citées, il était souvent constitué par les trois quarts de l'arrière-faix. Jamais on n'a eu à se servir de pinces que l'on utiliserait cependant au besoin en vue d'extraire le placenta décollé. Pour les fragments petits, de calibre inférieur à l'ouverture du col, l'expression utérine faite avec la main extérieure a souvent réussi. Enfin on a eu maintes fois recours, et avec succès, aux injections antiseptiques *tièdes* dont le courant entraînait les derniers débris et avec eux quelquefois des fragments assez volumineux. Pour cette injection on emploie, surtout à la Maternité, la sonde de Doléris ; à son défaut on peut prendre même la simple canule en verre, que l'on retire du col de temps à autre pendant l'injection pour permettre aux fragments un peu gros de s'éliminer.

Quatrième temps. — *Revision*. — On ne saurait trop insister sur ce point important dont dépend presque toujours le succès du curage. Quand on a débarrassé l'utérus de la majeure partie de l'arrière-faix, quand le gros est sorti, il ne faut pas craindre d'introduire à plusieurs reprises l'index trempé dans une solution de sublimé chaque fois qu'on le retire de l'utérus (la main sera baignée en même temps dans l'antiseptique), d'inspecter toutes les faces de l'utérus : antérieure, postérieure, latérales, le fond, et surtout les cornes, de détacher les parcelles de placenta res-

tantes, d'enlever des lambeaux de caduque flottants, qui entretiennent l'hémorrhagie, fait sur lequel Winter (Congrès de Berlin 1890) a appelé l'attention, en un mot de gratter avec l'ongle, comme on le ferait avec une curette, tous les points de la cavité utérine l'un après l'autre.

Une dernière injection intra-utérine sera donnée chaude à 48°, au sublimé à 0°20 pour 1000, à moins de contre-indications, auquel cas on la remplacerait par une injection au permanganate ou à l'iode, excellent antiseptique, mais que nous redoutons en raison de la douleur qu'il provoque et dont nous ne nous servons volontiers qu'avec le spéculum. Après l'injection intra-utérine on pratiquera une irrigation vaginale en ayant soin toujours de déplisser les parois de ce conduit pour qu'il ne recèle aucun débris. — Si l'on intervient pour infection, on pourra faire le tamponnement utérin à la gaze iodoformée qu'on n'a pas employé dans les observations du service, bien qu'il paraisse cependant ici une exellente pratique. Dans tous les cas où c'est l'hémorrhagie qui a mené à curer l'utérus, il semble inutile, l'hémostase s'établissant d'elle-même, l'organe évacué. Il faudrait cependant y avoir recours en cas d'hémorrhagie secondaire. Pansement vulvaire à la gaze iodoformée.

N. B. — Il peut arriver que l'hémorrhagie soit tellement grave qu'elle nécessite, sous peine de voir la femme succomber, une intervention immédiate, que l'on n'ait sous la main aucun antiseptique, et que l'on se trouve cependant avec les conditions d'une intervention possible sur-le-champ (Col dilaté, utérus abaissable en raison de la souplesse des parois abdominales, introduction possible de la main dans le vagin, ou au moins vulve dépressible) ; dans ce cas, il importe de courir au plus pressé, d'évacuer

la cavité utérine d'abord, après lavage aussi soigneux que possible de ses mains (Cf. Observation VIII), puis seulement après évacuation de l'utérus, pratiquer des irrigations vaginales et intra-utérines avec un antiseptique que l'on aura envoyé chercher, le premier danger conjuré.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (due à l'obligeance du Dr MALETERRE).

Avortement de 3 semaines. Hémorrhagie abondante. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

M. le professeur Herrgott est appelé le 23 avril 1897 dans la matinée, chez Mme X... tertipare, qui a une perte et ressent quelques douleurs dans la région lombaire. Elle n'a plus eu ses règles depuis 5 semaines et cependant elle était menstruée très régulièrement.

M. le professeur Herrgott l'examine, trouve le col entr'ouvert et l'utérus en place, à peine augmenté de volume sans lésions annexielles. Il lui recommande de garder le lit et de se faire donner par une sage-femme, un lavement laudanisé, et il se retire en disant qu'on l'avertisse si la perte augmentait. Mme C..., qui est la sage-femme attitrée de Mme X..., ne peut venir de suite, occupée qu'elle est par un accouchement. Celui-ci se termine dans l'après-midi, et vers trois heures, Mme C... se rend chez Mme X... qui n'a cessé de perdre durant tout ce temps. Elle envoie chercher du coton hydrophile et de la vaseline boriquée dans le but de faire un tamponnement vaginal.

Voyant l'état de la femme devenir grave, elle fait prévenir M. le professeur Herrgott qui, retenu par un examen, ne peut *se rendre sur les lieux* et nous prie d'aller voir sa malade. Nous nous y rendons en hâte et trouvons Mme X... très pâle, couverte de sueurs, disant avoir des éblouissements ; le pouls est très petit, assez rapide avec quelques intermittences. La sage-femme nous montre un lambeau de caduque de la dimension d'une pièce de 5 fr., qui a été expulsé. Nous découvrons la malade après lui avoir enlevé ses oreillers et l'avoir fait coucher à plat ; le sang coule toujours malgré les injections antiseptiques chaudes qui ont été faites.

Vite nous nous lavons les mains pour voir l'état de dilatation du col : il est apte à admettre l'index ; on y reconnaît une masse allongée assez résistante, qui nous paraît être un caillot renfermant probablement l'œuf. La paroi abdominale est souple, il existe une certaine éventration, la vulve est dépressible, le vagin large. Nous essayons d'y engager la main, mais la femme s'y refuse devant la douleur, aussi nous contentons-nous d'abaisser fortement l'utérus avec la main gauche placée à l'hypogastre, pendant que nous introduisons l'index droit dans sa cavité.

Nous décollons tout ce que nous trouvons d'adhérent et qui ne paraît pas appartenir à l'utérus, extrayons une masse allongée de la grosseur du doigt, revisons soigneusement la cavité, enlevons quelques fragments de caduque, grattons tous les points de l'utérus et terminons par une injection antiseptique chaude au sublimé, donnée avec une canule ordinaire.

Quelques rares débris sont entraînés par le courant. Injection vaginale. Pansement vulvaire, l'hémorrhagie est complètement arrêtée.

Injection de sérum artificiel de 500 cm³.

Injection d'éther.

M. le professeur Herrgott a examiné avec soin les débris membraneux que nous avions débarrassés de leur coque de

sang coagulé et placés dans un vase renfermant de l'eau. Il y a reconnu un œuf ratatiné de 2 à 3 semaines qui avait échappé à notre examen.

Suites de couches absolument normales. Mme X... vaque à ses occupations et ne souffre nullement de son ventre.

OBSERVATION II (due à l'obligeance du Dr Maleterre).

Avortement de 6 semaines. Hémorrhagie. Curage digital sous le chloroforme. Guérison.

Le 17 mai 1897, en rentrant à la maison, nous trouvons notre condisciple, bientôt le Dr R..., qui vient nous chercher en voiture pour sa propriétaire, primipare, enceinte de 2 mois environ, qui perd.

Il lui a recommandé, dès le début de l'hémorrhagie, de garder le repos, ce qu'elle a omis de faire, et ce n'est que le matin même, en raison de l'abondance de l'écoulement, qu'elle a été forcée de s'aliter.

Il lui a donné plusieurs injections chaudes au sublimé, qui n'ont pas arrêté l'hémorrhagie. En passant devant une pharmacie, nous lui faisons prendre du coton hydrophile, de la gaze iodoformée et de la vaseline boriquée, pour pratiquer un tamponnement si cela est nécessaire ; nous avions d'ailleurs emporté notre trousse. Arrivé près de la personne malade qui est d'une forte constitution, nous la trouvons très pâle, de grosses gouttes de sueur lui perlent sur le front, elle entr'ouvre péniblement les paupières, et d'une voix faible, déclare qu'elle ne nous distingue pas très bien. Elle manifeste à plusieurs reprises des envies de vomir. Le pouls est dépressible, à 96, sans irrégularité. Pas de température apparente. Au toucher, après lavage soigneux de nos mains, nous constatons que le col est entr'ouvert, qu'un caillot l'obstrue ; il permet l'accès du doigt.

Nous délimitons mal l'utérus en raison de l'épaisseur et de

la résistance de la paroi abdominale. Le vagin est trop étroit pour y introduire d'emblée la main, le col est assez élevé. Il y avait là du chloroforme. R.. endort la malade, et pendant ce temps nous pratiquons une nouvelle injection vaginale au sublimé, le seul antiseptique qui se trouve à la maison ; puis, au moment de la résolution, introduisons toute notre main dans le vagin, l'index dans le col, arrivons bien, par suite du relâchement obtenu par le chloroforme, à saisir l'utérus à travers la paroi abdominale, et le débarrassons en entier de son contenu.

Nous en revisons soigneusement les différentes parties, en grattons tous les points avec l'ongle, détachons le plus de caduque possible, puis nous servant de la sonde de Budin, pratiquons une irrigation intra-utérine au sublimé à 0,20 0/00, chaude. Injection vaginale, ensuite pansement vulvaire à la gaze iodoformée. L'hémorrhagie a cédé.

Injection de sérum de 300 gr., la seule quantité que nous ayons sous la main. Injection d'un cm^2 d'éther. Champagne. Thé au rhum. On réchauffe la malade.

Dans la partie extraite, on a trouvé un œuf de 6 semaines environ, au milieu de caillots.

Les suites de couches ont été très bonnes.

Elle n'a plus perdu. La température est toujours restée au-dessous de 37°, un seul jour elle eut 37°,2, mais cette température était due à de la constipation.

Le pouls, au 4e jour, est devenu normal.

La malade s'est levée au bout de 15 jours. Actuellement, elle est à la campagne et nous avons appris qu'elle se porte bien.

OBSERVATION III

Avortement à 2 mois en un temps. Hémorrhagie. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

Mme T..., 23 ans, domestique, entre au service le 17 mars 1897. Sa mère serait morte à 46 ans de tuberculose pulmo-

naire. Elle même serait bien réglée, depuis l'âge de 15 ans ; aurait eu une pneumonie à 18 ans. Elle en est à sa troisième grossesse. Elle a pu mener la première à terme et accoucher heureusement d'une fille qui vit, mais la seconde s'est terminée par une fausse couche de 2 mois 1/2 il y a 4 mois, sans cause connue.

Les dernières règles se sont terminées le 6 janvier.

Aucune trace de syphilis, pas de tuberculose.

Le 14 mars, elle perdit dans l'après-midi une petite quantité de sang. Le 15, les pertes continuent toute la journée mais sont peu abondantes.

Le 16, vers 9 heures du soir, au moment de se coucher, elle éprouve de vives douleurs et du sang s'écoule en assez forte quantité. Un suintement sanguin persiste pendant la nuit.

Le 17 mars, à son lever, elle expulse deux gros caillots. L'hémorrhagie continue. Elle entre à la Maternité.

A l'examen de cette femme, on constate que la vessie renferme une certaine quantité de liquide.

L'utérus, au toucher, est dans la situation suivante : Le col et le corps sont reportés en arrière, le col est entr'ouvert ; à travers l'orifice on sent une masse friable qu'on prend pour un caillot. Antisepsie vulvo-vaginale. On fait uriner la femme, les choses restent en place, l'utérus ne bouge pas. On le réduit facilement, et on profite de la dilatation pour extraire la masse intracervicale et pour rechercher dans la cavité utérine des lambeaux de caduque. La masse principale est constituée par l'œuf enveloppé dans un caillot. On y reconnaît les villosités placentaires. On donne ensuite une injection intra-utérine à l'eau iodée. L'hémorrhagie ne s'est plus du tout reproduite. Jamais le thermomètre n'a accusé la moindre élévation thermique. La femme sort le dixième jour, parfaitement guérie.

OBSERVATION IV

Avortement de 2 mois en un temps. Hémorrhagie abondante. Le curage digital pratiqué sans anesthésie ramène un œuf complet. Guérison.

Mme H..., cafetière, âgée de 39 ans, entre au service le 15 février 1897. Son père est mort à 39 ans, sa mère à 66 ans, sans que la malade puisse spécifier l'affection à laquelle ils ont succombé. Réglée depuis l'âge de 11 ans, elle se voit régulièrement tous les mois.

Elle n'aurait eu aucune maladie antérieure.

Elle est enceinte pour la neuvième fois. Les cinq premières grossesses ont été normales, elle a mis au monde coup sur coup cinq enfants tous vivants. Les sixième, septième et huitième grossesses ont été interrompues à 2 ou 3 mois. A part la première fausse couche, due à une chute, cette femme n'accuse rien, sauf des symptômes d'endométrite, qui puisse expliquer ces avortements répétés. Cette neuvième grossesse daterait du 6 décembre 1896.

Il y a 15 jours, à la suite de fatigues, la malade ressentit des douleurs dans les reins et commença à perdre quelques gouttes de sang.

Les jours suivants, la perte continua, peu abondante, quand il y a 3 jours, à 8 heures du soir, la femme expulsa des caillots en quantité. Effrayée, elle entre à la Maternité. Malgré des injections chaudes, l'écoulement sanguin persiste. C'est alors que, sans faire pénétrer la main dans le vagin, on introduit le doigt dans la cavité utérine, et qu'on en ramène un œuf décollé et entouré de caillots. Revision de la cavité utérine. L'hémorrhagie cède aussitôt pour ne plus reparaître.

Durant les 6 jours que la malade passe au service, jamais on n'a observé la moindre élévation de température.

OBSERVATION V

Avortement de deux mois. Hémorrhagie. Curage digital d'urgence sans anesthésie. Guérison.

La nommée L. H..., âgée de 40 ans, est enceinte pour la onzième fois.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : Pas de tuberculose ni de syphilis.

Première grossesse à 22 ans. Depuis, la malade est accouchée 9 fois d'enfants vivants et bien portants. Les suites de couches ont été bonnes habituellement, mais à presque toutes ses grossesses la malade a eu des pertes assez abondantes, soit avant soit après l'accouchement.

Lors de la huitième grossesse, en particulier, la malade a eu une hémorrhagie interne assez forte qui a amené deux syncopes. On retira de la cavité utérine une grande quantité de caillots.

Elle entre à la Maternité le 8 octobre 1895 à 10 heures du matin.

Dernières règles le 12 juillet. La malade ne se croit pas enceinte bien qu'elle ait eu à ce moment quelques vomissements.

Depuis environ huit jours, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre, en même temps qu'il se produit tous les jours un léger écoulement sanguin. La malade qui était en voyage a été prise subitement en gare de Nancy d'une perte très abondante ; elle expulsa de gros caillots. On la transporte à la Maternité, et tout le long du chemin elle perd une grande quantité de sang. A son entrée on lui fait de grandes injections chaudes, et on procède à l'examen : le vagin est rempli d'un caillot assez gros que l'on retire avec quelques débris de caduque utérine.

Le col est dilaté comme une pièce de 2 fr. Il contient un caillot que l'on extrait.

On sent très bien l'œuf, il est décollé à la partie antérieure et latérale droite de l'utérus, mais il adhère encore à sa partie postérieure et latérale.

On introduit deux doigts dans la cavité utérine, on circonscrit l'œuf et on achève le décollement qui est assez facile. On fait une injection intra-utérine abondante et un pansement vulvaire.

L'œuf retiré est complet, il est ouvert à l'une de ses extrémités ; *l'embryon a disparu.*

C'est un œuf d'environ 2 mois. Il est entouré de caillots.

Le même soir, la T. est à 37°, le pouls à 90.

Il en est de même des jours suivants.

La femme sort le huitième jour, complètement guérie.

OBSERVATION VI

Avortement de 2 mois et 7 jours environ, en 2 temps. Rétention du délivre. Hémorrhagie. Curage sous le chloroforme. Guérison.

Sidonie F..., 21 ans, tailleuse, est enceinte pour la troisième fois, entre au service le 20 novembre 1896. Réglée pour la première fois à 12 ans, elle est parfois 3 mois sans les voir réapparaître. Une scarlatine à 11 ans, une fièvre typhoïde à 14 ans, de fréquents accès de migraine constituent son passé pathologique. Elle a mené ses deux premières grossesses à terme. L'un de ses enfants est mort à 19 mois.

La fin des dernières règles remonte en fin septembre.

Le 16 novembre, elle fut prise de mal de tête, de fièvre, de mal de gorge, peu après des « coliques » survinrent, puis deux jours après cette angine probable, elle eut des pertes abondantes qui durèrent deux jours et la déterminèrent à

entrer à la Maternité. Dans un caillot qu'elle a expulsé, la malade prétend avoir trouvé quelque chose comme un petit fœtus. A son entrée, la femme perd toujours.

On s'aperçoit que le col est entr'ouvert et permet l'accès d'un doigt. On cherche après antisepsie du champ opératoire à pénétrer dans la cavité utérine, mais pour arriver au fond, en raison de l'indocilité de la femme, on se voit obligé de donner du chloroforme. On vide l'utérus, on revise sa cavité, on fait passer environ 6 litres d'une solution d'eau iodée. La quantité d'arrière-faix retirée n'a pu être appréciée, ayant été jetée par mégarde avant qu'on ait pu en pratiquer l'examen. La courbe de température est toujours restée normale.

OBSERVATION VII

Avortement de 2 mois 8 jours. Hémorrhagie. Curage digital sous le chloroforme. Injection de 250 gr. de sérum. Guérison.

L. Ch..., couturière, âgée de 17 ans, est enceinte pour la première fois. Réglée pour la première fois à 11 ans 1/2. Symptômes de chloro-anémie vers 15 ans. Elle a eu ses dernières règles le 14 décembre 1896. Quelques vomissements ont marqué le début de sa grossesse.

Le 22 février, sans cause avouée, elle éprouve, dans la nuit, de violentes douleurs qui l'empêchent de dormir ; à son lever elle constate que sa chemise est tachée de sang. Le 23 à 10 heures du soir, elle eut une perte de sang assez abondante avec quelques caillots. Depuis, elle continue à perdre. Un docteur appelé le lendemain 24 l'envoie à la Maternité, où elle arrive à 11 heures du matin.

A son entrée, nous trouvons cette femme pâle, fortement anémiée. L'utérus est plus volumineux que normalement. Le col est entr'ouvert, un caillot se trouve dans l'orifice. On

donne du chloroforme, on introduit le doigt sans difficulté et on cure la cavité utérine. on en retire des villosités et des débris de membranes au milieu de caillots. On donne une injection intra-utérine à l'eau iodée, et l'on injecte sous la peau de l'abdomen 250 gr. de sérum.

Le thermomètre accuse le soir 38°, le pouls est à 120 ; le matin, pouls et température reviennent à la normale, sans plus s'en écarter.

OBSERVATION VIII (due à l'obligeance du Dr Maleterre)

2 curages digitaux chez la même femme à un an d'intervalle. Avortement de 2 mois 1/2 en 2 temps. Hémorrhagie. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

La femme qui fait l'objet de l'observation XXIV, après être sortie du service, contracte le mois suivant en juillet 1896 la fièvre typhoïde qui a évolué en 7 semaines. Depuis lors, ses règles reviennent toutes les trois semaines.

Le 18 juin 1897, la femme porte à plusieurs reprises de grands cuveaux pleins de linge mouillé. Le lendemain, à son lever, elle ressent de violents maux de reins. Elle sait qu'elle est enceinte, bien que jamais ses règles n'aient été interrompues, puisqu'elles se sont encore montrées le 10 juin, mais à l'apparition de varices comme dans les dernières grossesses, elle s'est doutée de son état.

Les douleurs sont tellement intenses, que vers 10 heures du matin elle va trouver une sage-femme ; elle est obligée parfois, tant elle a mal, de s'asseoir sur le trottoir pendant le trajet. Elle ne trouve personne, revient et se met au lit jusqu'au lendemain. Elle essaie de se lever vers 4 heures du soir, mais elle est aussitôt prise de coliques, expulse les eaux avec le fœtus. Elle perd. Une sage-femme appelée essaie d'extraire le délivre mais n'y parvient pas. C'est alors

que M. le Dr Maleterre est appelé. On nous appelle dans la rue des Ponts vers 5 heures du soir, comme nous arrivions à la Maternité faire notre contre-visite. Nous y allons et nous tombons dans un milieu pauvre et sale. La sage-femme nous montre un fœtus frais de 8 centimètres environ, et un lambeau de membranes qu'elle vient de retirer du vagin. Elle nous déclare que c'est tout ce qui a été expulsé. C'est en raison de l'hémorrhagie qu'elle a fait sa tentative d'extraction incomplète. La femme est fort pâle, son pouls est petit, assez rapide.

Nous la découvrons et la trouvons baignée dans le sang qui continue à couler. Aucune antisepsie n'a été faite, on est allé chercher un injecteur, mais on n'a ni sublimé ni coton hydrophile, ni gaze, ni vaseline, ni instrument. La paroi abdominale est souple et mince. Nous nous lavons les mains aussi bien que possible avec de l'eau et du savon, puis nous pratiquons le toucher. Le col est entr'ouvert, il présente une déchirure à droite allant jusqu'à l'insertion vaginale, et permet à un doigt l'accès de la cavité utérine. Avec ce doigt nous décollons le délivre adhérent en différents points de la paroi antérieure et du fond, pendant qu'avec l'autre main nous abaissons l'utérus, puis en recourbant le doigt en crochet nous extrayons la majeure partie du délivre ; au moyen de l'expression nous faisons sortir d'autres parcelles. Une revision sérieuse de la cavité utérine nous fait encore trouver quelques fragments au niveau de la corne droite. L'hémorrhagie est arrêtée. Nous envoyons chercher à la Maternité qui est tout proche un litre d'acide phénique à 25 °/₀ ; on le fait tiédir au bain-marie dans un pot en fer émaillé lavé où se trouve de l'eau chaude mais d'une propreté douteuse ; avec les 3/4 nous donnons une injection intra tiède qui ramène des parcelles, avec le quart restant nous lavons le vagin. Vin chaud et lait. Tous les jours la sage-femme va donner une injection vaginale au sublimé. Nous sommes allé prendre la température et le pouls chaque soir.

La température maxima a été de de 37 ; le pouls d'abord à 120 est tombé le quatrième jour à 78. La femme s'est levée malgré nous le neuvième jour. Nous l'avons rencontrée le dixième jour, elle ne perd pas et ne souffre nullement du ventre.

N. B. On pourra nous objecter que si cette femme a eu deux avortements consécutifs, la cause en pourrait bien être dans ce fait que le premier curage a été insuffisant. A cela nous répondrons que ce premier curage n'a été ni précédé ni suivi de fièvre ni d'hémorrhagie, par conséquent qu'il a été bien fait ; ensuite qu'il est plus que probable que la déchirure du col, en favorisant l'endométrite jointe aux travaux pénibles auxquels cette femme est obligée de se livrer, serait tout simplement la cause de ces deux avortements.

OBSERVATION IX

Avortement de 2 mois 1/2 en 2 temps. Hémorrhagie. Le curage digital avec anesthésie ramène des débris de caduque. Guérison.

C. H..., 39 ans, ménagère, est enceinte pour la huitième fois et entre à la Maternité le 10 février 1897.

Antécédents héréditaires : Le père est mort à 47 ans d'empoisonnement mercuriel chronique, la mère est bien portante, vit encore. Ils ont eu 12 enfants, encore tous en bonne santé.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans, époques régulières. Rhumatisme articulaire à 10 ans, fièvre typhoïde à 17 ans, variole à 35 ans. Nouveaux accès de rhumatisme tous les ans. Phlébite lors du dernier accouchement, c'est-à-dire il y a 19 mois. Elle serait restée au lit près de 2 mois. Elle perd en blanc entre les grossesses et se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Un an après avoir contracté la va-

riole, elle a été prise d'hémoptysies ; depuis, le moindre effort l'essouffle et nous constatons sous la clavicule gauche une induration nette du sommet.

La fin des dernières règles remonte au 10 novembre.

La malade est donc enceinte de près de 3 mois.

Elle perd un peu en rouge vers le 8 décembre. Nouvelles pertes le 20 janvier, qui se reproduisent peu abondantes pendant 15 jours consécutifs.

Le 7 février survient une perte abondante avec expulsion de caillots. Le 8 et le 9, l'hémorrhagie continue moins forte. Le 10, une sage-femme consultée envoie la malade à la Maternité, où elle arrive à 3 heures du soir. L'utérus est assez volumineux, le col, ramolli légèrement, est entr'ouvert et admet le doigt dans son canal.

7 h. du soir. — La femme perd, on retire un lambeau de caduque du vagin, et on se décide à explorer la cavité utérine. On chloroforme la femme et on extrait avec des caillots quelques petits fragments de caduque et de chorion. On donne une injection intra-iodée. La femme ne perd plus.

Elle sort le onzième jour, sans jamais avoir présenté la moindre élévation de température.

OBSERVATION X

Avortement de 3 mois en 2 temps. Hémorrhagies abondantes. Tamponnement. Curage digital sans anesthésie 15 heures après l'expulsion du fœtus. Guérison.

M. Sch... entre à la Maternité le 8 octobre 1895.

Sa mère est morte tuberculeuse.

Les règles, qui ont apparu pour la première fois à 18 ans, sont assez irrégulières et durent 4 jours.

Les suites de couches de la première grossesse ont été normales. Elle serait restée au lit trois semaines, après son

second accouchement, parce que, dit-elle, elle était très faible.

Le premier enfant vit, le second est mort à 3 ans de méningite.

Elle est enceinte pour la troisième fois ; les dernières règles se sont montrées au début de juillet 1895. La malade, qui est débarrasseuse, a éprouvé des contractions douloureuses le dimanche 6 octobre, à la suite d'un travail assez fort.

Pas d'hémorrhagie. Les douleurs continuent dans la journée du lundi ainsi que le mardi matin. Le mardi 8, à 10 h. du matin, la malade a une hémorrhagie assez forte et perd en même temps une certaine quantité de liquide amniotique. Elle expulse quelques minutes après un fœtus d'environ 9 centimètres.

L'hémorrhagie continue toute la journée.

Une sage-femme appelée introduit les doigts dans l'utérus et essaye en vain d'extraire le placenta.

La malade arrive à la Maternité à 3 heures. Elle semble épuisée. L'utérus déborde le pubis de plusieurs travers de doigt. Le col est ouvert, l'orifice interne laisse pénétrer le doigt qui arrive sur une partie du placenta très adhérente.

On donne une injection intra-utérine. La malade perd un peu. Un ballon de Gariel introduit dans le vagin provoque des contractions qui ne sont pas suffisantes pour amener le décollement du délivre.

On fait une injection intra de 7 litres de permanganate de potasse, on place une mèche de gaze iodoformée dans le vagin et un tampon occlusif de la vulve.

A 10 h. 1/2 du soir, la femme commence à perdre assez abondamment. On enlève la mèche iodoformée et on extrait une quantité de caillots considérable. L'écoulement de sang persiste, on fait un tamponnement vaginal qui au bout de 1 h. 1/2 s'infiltre de sang. On le retire, on trouve le col ou-

vert; le placenta en partie décollé pend dans le col. On introduit deux doigts dans l'utérus et on l'extrait. Revision.

On fait des injections intra-utérines multiples et on réchauffe la femme qui est dans un état syncopal assez avancé.

La T. qui, le matin, est à 38°5, tombe le soir à 37°5 et le lendemain à 37° sans plus jamais se relever. Le pouls tombe de 120 à 90, et s'y maintient.

OBSERVATION XI

Avortement de 3 mois 1/2 en 2 temps. Syphilis ? Hémorrhagie. Curage digital sans chloroforme. Guérison.

Marie T..., 25 ans, ouvrière en chaussures, entre à la Maternité le 5 juin 1897. Elle a eu antérieurement 3 enfants qui sont nés à terme, et dont l'un est mort. Elle aurait été soignée en 1893 dans le service de M. le professeur Spillmann pour des « maux de gorge », ayant persisté deux mois et pour lesquels on lui fit des injections au thymol-acétate de mercure.

Ses dernières règles se sont terminées le 9 février.

Le 3 juin, à la suite d'une altercation avec son mari, elle éprouva des coliques dans le bas-ventre, revenant périodiquement, et qu'elle compare aux douleurs de l'enfantement.

Ces douleurs continuent dans la journée du 4.

A 5 h. 1/2 du matin, du sang apparaît à la vulve, et elle se décide à venir à la Maternité, où elle entre à 9 heures du matin.

L'utérus déborde légèrement la symphyse pubienne.

Le col n'a plus toute sa longueur, mais il est légèrement entr'ouvert. On donne une injection de morphine.

A 11 heures, la femme expulse un caillot, le col est un peu plus ouvert. Nouvelle injection de morphine.

A 2 heures, elle expulse un fœtus momifié, accompagné de

caillots. On fait la section du cordon. Le fœtus pèse 160 gr. et mesure 18 centimètres.

La femme perd quelques caillots. On donne une injection chaude. L'hémorrhagie continue.

On trouve le placenta engagé dans le col. On l'extrait avec le doigt. Il pèse 100 gr. On réintroduit le doigt et l'on ramène quelques débris membraneux.

On fait suivre le curage d'une injection intra ; la femme ne perd plus.

La température reste normale de même que le pouls, et la femme demande sa sortie le dixième jour.

OBSERVATION XII

Avortement de 3 mois 1/2 en 2 temps. Rétention du placenta. Hémorrhagie. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

Jeanne C..., 30 ans, chapelière, entre à la Maternité le 12 novembre 1895. Un de ses frères serait mort tuberculeux à 30 ans. Son mari aurait succombé à la phtisie à l'âge de 37 ans. Ses époques auraient été toujours irrégulières. Elle-même présente, au niveau du point d'auscultation de l'orifice aortique, un souffle au premier temps.

A la suite de sa première grossesse, elle dut rester 4 mois au lit ; elle eut de nombreux abcès des seins ; elle ne put nourrir son enfant qui mourut à 4 mois de convulsions.

La seconde grossesse s'est terminée heureusement. L'enfant vit.

Fin des dernières règles 28 juillet, donc la malade est dans le cours de son quatrième mois de gestation.

Le 12 novembre, après une chute, elle ressentit des douleurs lombaires très fortes, mais néanmoins elle se rend à son travail.

Vers 1 heure de l'après-midi, en allant à la selle, elle s'aperçoit qu'elle perd du sang et tout d'un coup est prise de douleurs très violentes. Elle se fait amener en voiture à la Maternité. On trouve, au milieu d'une quantité de caillots, le fœtus qu'elle a expulsé en voiture. Il est encore relié à la mère par son cordon. On coupe le cordon, et on constate qu'on peut pénétrer dans le col avec 3 doigts. On peut ainsi décoller la partie plaéentaire qui se trouve encore adhérente au fond de l'utérus.

L'hémorrhagie cesse. On fait suivre l'extraction d'une injection intra. Les membranes étaient déchirées au niveau du placenta et avaient été expulsées avec le fœtus, qui présentait un circulaire du cordon. Le fœtus mesure 12 centimètres, le cordon 14. Le délivre pèse 40 gr. Apyrexie complète. La malade sort le dixième jour.

OBSERVATION XIII (due à l'obligeance du Dr Maleterre).

Avortement de 3 mois 1/2 à 4 mois en 2 temps. Hémorrhagies se répétant pendant 6 semaines. Nouvelle hémorrhagie brusque. Curage digital d'urgence sans anesthésie. Guérison.

Le 13 mars 1897 on m'appelle en toute hâte rue Ville-Vieille, pour une hémorrhagie. J'y cours et trouve dans une chambre petite, mal aérée, sombre, poussiéreuse, où la propreté laisse à désirer, une femme d'une pâleur extrême, accusant d'une voix faible nausées sur nausées et faisant à chaque instant des efforts pour vomir. Je lui demande si elle voit bien clair. Elle me répond non, qu'elle a comme un nuage devant les yeux. Ses oreilles bourdonnent, son pouls est très rapide, filiforme et présente des intermittences fréquentes. La situation est très grave et ne laisse pas que de m'inquiéter fortement.

Je commence par lui enlever les oreillers qu'elle a sous sa tête et à la coucher à plat. Je demande qu'on lui prépare des bouillottes d'eau chaude et du vin chaud, et rapidement m'enquiers de ce qui s'est passé.

Voici les renseignements qui me sont donnés par la sage-femme qui l'assiste : depuis 6 semaines, la malheureuse perd continuellement. Comme elle ne croit pas être enceinte malgré un retard dans ses règles de 3 mois 1/2 environ, elle n'a consulté personne, pensant qu'avec le temps cela se passerait. Elle n'a fait appeler la sage-femme qu'en voyant la perte augmenter brusquement.

En allant aux cabinets, en poussant, elle avait senti quelque chose se présenter au passage, quelque chose sur lequel elle avait tiré, qui avait cédé et que sans regarder elle avait laissé tomber dans la fosse d'aisances. Du sang s'était à ce moment échappé de la vulve en grande quantité et en raison de sa faiblesse elle avait dû s'aliter et seulement alors réclamer du secours.

La sage-femme avait touché et trouvé dans le vagin la tête du fœtus séparée du tronc, qu'elle avait cherché en vain. Cette tête appartenait à un fœtus de 3 mois 1/2 environ. Le fœtus, à en juger par l'aspect de la tête, paraissait avoir subi un certain degré de momification. « Le col de l'utérus, ajoute la sage-femme, est entr'ouvert, j'ai pu y engager un doigt. »En raison de l'hémorrhagie qui continuait elle fit avec du coton hydrophile, qu'elle envoya chercher à la pharmacie voisine, sans l'enduire de vaseline, un tamponnement lâche et elle appliqua un bandage en T. Le tout avait été précédé d'injections vaginales chaudes au sublimé.

Nous regardons le bandage, il est fortement taché de sang, le coton non enduit de vaseline paraît plutôt faire drainage, le tampon est donc insuffisant. L'utérus déborde l'ombilic de 3 travers de doigt. Comptant sur la dilatation du col, pressé par l'hémorrhagie, nous enlevons les boulettes de coton, et sans nouvelle antisepsie, introduisons un doigt dans le col, dilatable jusqu'à deux, nous abaissons avec

l'autre main l'utérus, nous décollons le délivre partiellement adhérent, et l'extrayons avec le doigt recourbé en crochet; une revision rapide et sérieuse nous montre qu'il est vide.

L'organe revient sur lui-même, l'hémorrhagie s'arrête. Pendant que nous intervenons, on fait bouillir de l'eau, dans laquelle on fait dissoudre 2 pastilles de sublimé et je donne une injection intra-utérine et vaginale. Pendant deux heures persiste un état lipothymique avec sueurs, éblouissements, envies de vomir. J'envoie chercher du sérum et lui injecte sous la peau 500 gr. de liquide. La malade revient à elle. Je la quitte seulement 5 h. après l'intervention. Jamais chez elle le thermomètre n'a dépassé 37°. Le pouls d'abord à 120 est tombé le 4e jour à 100 puis à 80.

Elle s'est levée malgré moi le 12e jour, se sentant assez forte. Depuis, je ne l'ai plus revue, mais j'ai appris qu'elle se porte bien.

Elle ne souffre plus du ventre, alors qu'elle s'en plaignait auparavant. Les règles ne sont pas douloureuses. Elle ne perd pas en blanc.

OBSERVATION XIV

Avortement de 3 mois 1/2 en 2 temps. Rétention du délivre. Hémorrhagie. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

Clémence N..., 27 ans, est enceinte pour la 4e fois. Elle entre à la Maternité le 4 octobre 1895, disant que depuis deux jours elle perd une certaine quantité de liquide avec un peu de sang. On l'examine, on trouve un utérus de 4 mois environ de grossesse. Le col est ouvert et à travers l'orifice on arrive sur une portion de placenta qui est adhérente. La malade ignore à quelle époque elle a été réglée pour la dernière fois. Elle ne présente aucun antécédent spécifique.

Elle prétend avoir perdu subitement les eaux sans aucune douleur, sans aucun effort. L'utérus présente de temps à autre quelques contractions.

On donne des injections chaudes.

A 6 heures du soir, il se produit une forte hémorrhagie, l'arrière-faix commence à engager dans le col, on l'extrait facilement après l'avoir décollé partiellement. C'est un œuf d'environ 4 mois, mais ouvert et vide de son fœtus. — Cessation immédiate de l'hémorrhagie. Le soir du curage, le thermomètre marque 37°,8 mais le lendemain et les jours suivants, apyrexie complète.

OBSERVATION XV

2 curages digitaux chez la même femme à 18 mois d'intervalle. Avortement de 3 mois 20 jours. Hémorrhagie ; état syncopal, tamponnement, injection de sérum. Curage digital sans chloroforme. Guérison.

Cette femme qui a fait l'objet de l'observation 23 revient de nouveau à la Maternité le 8 décembre 1896. Les dernières règles datent du 6 août. Elle est par conséquent enceinte de 3 mois 20 jours. C'est sa douzième grossesse.

Le 7 décembre, elle ressent des douleurs lombaires, et vient de suite au service ; elle a des taches de sang sur sa chemise. Elle est très pâle bien qu'ayant très peu peu perdu. On pratique de suite une première injection chaude antiseptique. On procède alors à l'examen. L'utérus déborde la symphyse de 3 travers de doigt. Il est le siège de contractions. La poche des eaux est flasque, elle fait hernie dans le vagin à travers le col, elle est piriforme. Il est impossible, en raison du resserrement du col, de percevoir ce qui se passe dans l'utérus. Dans la partie herniée de la poche, on sent un

corps assez mou, sans mouvements, qu'on prend pour le fœtus.

A 10 heures 1/2, le suintement sanguin recommence. Nouvelle injection chaude, nouvel arrêt. Vers 1 heure du matin, reproduction de l'hémorrhagie qui persiste, malgré des irrigations chaudes réitérées. On recourt au tamponnement, après avoir rompu la poche des eaux, extrait le fœtus momifié et vidé les réservoirs. On place dans le col une courte lanière de gaze iodoformée et l'on bourre le vagin de tampons de coton boriqué, trempés dans le sublimé, exprimés et enduits de vazeline boriquée. On met ensuite un bandage en T.

La femme pendant cette opération se trouve dans un état lipothymique : elle a des éblouissements, des nausées, des sueurs froides, le pouls est presque imperceptible. Une injection de 1000 gr. de sérum artificiel à 38° est faite, on pratique également deux injections d'éther. Du champagne, du thé au rhum, du bouillon, du lait sont donnés successivement à la femme. Les symptômes alarmants s'atténuent, le pouls redevient perceptible. M. le professeur Hergott prévenu, arrive, approuve le traitement suivi et donne la nouvelle ligne de conduite à suivre :

Attendre que l'état de la femme soit relevé, enlever le tampon au bout de 6 heures, et si le col le permet, faire l'extraction.

A 6 heures du matin, on enlève le tampon.

L'hémorrhagie s'était arrêtée, l'état de la femme est meilleur, on vide le réservoir vésical, et comme le col permet l'accès du doigt et que l'utérus est abaissable avec la main placée à l'hypogastre, on extrait le délivre. L'hémorrhagie ne se reproduit plus. Pendant l'extraction, la femme a perdu une quantité de sang insignifiante.

Injection intra-utérine chaude à l'eau iodée. Apyrexie complète. La femme sort le onzième jour.

OBSERVATION XVI

Avortement de 4 mois 1/2 en 2 temps. Hémorrhagie. Curage digital sans chloroforme, une heure après l'expulsion du fœtus. Guérison.

E. E..., 27 ans, piqueuse en chaussures, est enceinte pour la 4e fois. Ses parents sont bien portants. Elle ne présente ni tuberculose, ni spécificité. Cependant, à l'auscultation du cœur, on constate un souffle au 1er temps et à la pointe. Les deux premières grossesses ont évolué à terme ; les enfants, tous deux du sexe féminin, vivent.

La 3e grossesse a été interrompue en 1895, à 4 mois 1/2.

Depuis, cette femme souffre dans le bas-ventre et voit ses règles durer 8 jours. Elle est donc probablement atteinte de métrite.

La fin des dernières règles remonte au 18 août. La femme a des vomissements glaireux tous les matins. Elle entre à la Maternité, le 3 janvier 1897, parce qu'elle ressent depuis la veille des douleurs et des contractions, et qu'elle a eu la veille une abondante hémorrhagie. Le col n'est pas effacé. On donne un lavement laudanisé. Néanmoins il se produit un écoulement sanguin qui continue les 4, 5 et 6 janvier. La femme ne perd plus, le 7 janvier. A midi, la malade éprouve de fortes douleurs. A 5 heures, le col est effacé en partie, entr'ouvert comme une pièce d'un franc. A 5 h. 10, rupture de membranes. Ecoulement de liquide brun noirâtre non fétide. A ce moment, on sent la tête du fœtus engagée dans le col qui est dilaté comme une pièce de 2 fr. On transporte la femme à la salle de travail à 6 h 1/4. Expulsion spontanée d'un fœtus du sexe masculin, qui mesure 32 cent., qui présente sur la nuque et l'occiput une bosse sanguine, et qui pèse 370 gr. Le cordon est encore animé de battements.

Une heure après, la femme perdant, on pratique le toucher, le placenta n'est pas dans le col qui se resserre. On profite d'un moment de relâchement pour faire la délivrance artificielle. On extrait le placenta et les deux membranes choriale et amniotique. La caduque est retirée par fragments. Le placenta dégénéré pèse 320 gr.

La température n'a jamais dépassé 37, et le pouls bat aux environs de 80. La femme sort le 8e jour.

OBSERVATION XVII

Avortement à 5 mois. Syphilis de la mère. Fœtus macéré. Hémorrhagie. Curage digital sans chloroforme. Guérison.

Mathilde Lab..., 18 ans, entre à la Maternité le 20 octobre 1896. Elle a contracté la syphilis il y a 2 ans et demi ; elle a été traitée par des frictions mercurielles et par l'iodure de potassium, est restée de ce fait pendant 5 mois au service des vénériennes. Elle n'a plus suivi aucun traitement depuis deux ans qu'elle en est sortie.

Elle est enceinte pour la première fois. La fin des dernières régles remonte aux premiers jours d'avril.

La malade entre au service à 11 heures du matin.

L'utérus est élevé de 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse, il est dur et contracté. On n'entend aucun battement. La dilatation est presque complète.

La poche des eaux fait saillie à travers l'orifice, elle est continuellement tendue. On perçoit quelques petites parties à travers les membranes.

A midi 45, rupture de la poche des eaux et expulsion d'un fœtus macéré, du sexe masculin, pesant 300 grammes et mesurant 0m22.

Au moment de l'expulsion du fœtus il s'écoule une quantité considérable de liquide amniotique, accompagnée d'un

caillot. On donne des injections au sublimé chaudes, l'hémorrhagie continue.

Le col s'est refermé sur le cordon après le passage du fœtus, et l'utérus reste dur. Il s'écoule continuellement du sang liquide et en caillots.

A 2 heures, le placenta est en partie décollé et engagé dans le col, qui est contracté sur la partie engagée.

A 2 heures 1/2, on intervient. Le col étant un peu relâché, on peut parvenir à décoller la partie placentaire adhérente. Le placenta est complet et pèse 210 gr.

L'hémorrhagie s'est arrêtée, la femme sort le 8e jour.

OBSERVATION XVIII

Môle hydatiforme. Albuminurie. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

Catherine Ch..., 29 ans, entre au service le 2 septembre 1895. Elle est atteinte de tuberculose pulmonaire et de laryngite tuberculeuse. Elle dit avoir eu ses dernières règles le 15 juin de la même année, et que depuis elle a des faiblesses survenant fréquemment, avec des envies de vomir continuelles.

Le 12 août, sans cause connue, la malade est prise d'une perte de sang assez abondante et qui s'arrête spontanément. Quelques jours après elle continue à perdre un mélange de sang et de sérosité.

A son entrée, l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; il se contracte assez facilement. On ne perçoit pas de battements fœtaux ; l'utérus a son grand axe vertical. La malade est donc plus avancée qu'elle ne le dit.

Au toucher, le col est assez volumineux, il a toute sa longueur ; la partie antérieure est légèrement ramollie, l'orifice externe est entr'ouvert.

On donne des lavements laudanisés et l'on prescrit le repos et des injections vaginales. Depuis son entrée la malade perd continuellement, surtout le soir.

Le 7 septembre, elle perd abondamment du sang, et le 10 dans la journée, elle expulse quelques caillots. On donne des injections vaginales chaudes.

Depuis le 9 septembre l'utérus prend un développement rapide, il remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, on n'y perçoit toujours pas de battements fœtaux. De temps en temps, il s'y fait des contractions.

Le 13 septembre, le col est en partie effacé, il n'a plus qu'un demi-centimètre environ de longueur ; par l'orifice externe on peut faire pénétrer la pulpe du doigt. On ne perçoit pas de ballottement. Par le palper bimanuel on détermine une sensation très nette de fluctuation.

Le 14 septembre, la malade est prise dans la nuit de vertiges et d'étouffements. A l'auscultation on trouve à la base droite quelques râles fins de congestion, la malade tousse et crache davantage. On constate de l'œdème des membres inférieurs.

Le 15 septembre, la femme expulse des caillots en quantité moyenne. On se dispose à faire le tamponnement avec le pessaire de Gariel, quand on trouve dans le vagin des caillots. On introduit le spéculum, et à travers son ouverture, il sort un énorme caillot suivi d'autres, le tout formant le volume d'une grosse tête fœtale. On trouve aussi un morceau de membrane de coloration bleu rosé sur une face, et tapissé de vésicules sur l'autre. On reconnaît alors que le diagnostic posé de môle hydatiforme est exact. La main introduite dans le col ramène une quantité de vésicules. Sous l'influence d'une contraction, une nouvelle masse vésiculeuse sort. On fait une légère expression qui en ramène quantité d'autres. On renouvelle l'expression, et la matrice se vide tant et si bien que son fond arrive derrière le pubis. On irrigue largement le vagin, le doigt est introduit dans l'utérus, d'où il ramène une masse du même produit. On réexprime, il en

sort encore. Ceci fait sur deux doigts on place dans l'utérus la canule d'un injecteur, par laquelle on fait couler plusieurs litres de permanganate, d'iode, de microcidine, d'eau boriquée. Le liquide sort chargé de débris visiculaires et de caduque. En pratiquant une dernière revision, on trouve au fond de l'utérus une quantité de vésicules adhérentes, on les détache en prenant soin de ne pas perforer l'utérus assez mince à cet endroit. On irrigue de nouveau avec des solutions antiseptiques très chaudes, qui complètent l'hémostase. Pansement vulvaire à la gaze iodoformée. Durant toute la journée, on donne des injections vaginales toutes les deux heures.

A 5 heures 1/2 du soir injection intra.

On analyse les urines, on y trouve de l'albumine, on supprime les injections au sublimé.

La température monte à 37° 8 tous les soirs, parfois à 38°; le matin elle est à 37° ou 37° 5, mais ces manifestations fébriles sont dues à l'évolution des lésions tuberculeuses, car jamais elle n'a eu la moindre sensibilité du ventre et fétidité lochinale.

La femme sort le vingt-cinquième jour.

OBSERVATION XIX

Avortement de 2 mois 1/2 en 2 temps. Rétention du délivre. Température. Curage digital sous le chloroforme. Guérison.

La nommée Marianne Ch..., fruitière, 39 ans, est enceinte pour la 13e fois. Les 12 grossesses antérieures ont été normales et menées à terme.

7 enfants vivent encore actuellement.

Elle a été réglée pour la dernière fois le 17 février 1897. Elle entre à la Maternité le 26 mai à 10 heures du matin. Elle nous donne les détails suivants :

Dans la matinée qui a précédé l'apparition des pertes, la femme a exécuté divers travaux pénibles et soulevé entre autres un sac de 50 kilos. En rentrant chez elle, elle se repose sur une chaise et s'endort. A son réveil, elle est prise de vomissements, et du sang s'échappe de la vulve. La malade se couche, la perte continue.

A 4 heures du matin, elle expulse un fœtus de la longueur du doigt; en tirant sur le fœtus, la femme déchire le cordon.

A 10 heures du matin, une sage-femme arrive, appelle le médecin qui vient dans l'après-midi, met la femme au repos, et ne voyant pas le délivre arriver, envoie la malade à la Maternité dix jours après l'expulsion du fœtus.

A son entrée, la femme déclare avoir eu, la veille, un petit frisson. Le pouls est à 120, la température à 38°,2. On procède à la désinfection du canal génital ; le col entr'ouvert permet l'accès d'un doigt dans la cavité utérine, où l'on sent une masse rappelant la consistance du placenta. M. le professeur Herrgott pense qu'il y a lieu d'intervenir.

On débarrasse, sous le chloroforme, l'utérus de son contenu, on fait une revision sérieuse de la cavité utérine, on donne une injection intra-utérine de 2 litres d'une solution de sublimé à 0.20 pour 1000, et de 2 litres de permanganate à 0,50 pour 1000.

La température tombe à 36°,5 le lendemain matin pour ne plus se relever. L'examen des urines montre de l'albumine. On soumet la femme au régime lacté. Elle sort le 9e jour entièrement guérie.

OBSERVATION XX

Avortement à 2 mois 1/2. Fièvre. Curage digital sans le chloroforme. Salpingite droite ? Guérison.

La nommée Florentine G..., 22 ans, repasseuse, est enceinte pour la 3e fois. Sa mère est morte à 50 ans de tuber-

culose pulmonaire, une de ses sœurs a succombé à 30 ans à la même maladie. Elle-même n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde contractée à 6 ans. Elle est assez régulièrement menstruée, ne se voit parfois qu'après deux ou trois mois d'intervalle. Elle a mené à terme ses deux grossesses antérieures, mais ses deux enfants sont morts d'athrepsie à 2 mois.

Elle a eu ses dernières règles le 27 octobre. La malade, qui entre le 25 janvier, est donc vers la fin de son 3e mois de gestation.

Le 20 janvier, cette femme, étant à son travail, ressent des douleurs analogues à des coliques et perd un peu de sang. Elle ne quitte pas néanmoins sa tâche.

Le lendemain, nouvelles douleurs non accompagnées de perte. Elle vaque à ses occupations habituelles, mais se met à expulser de gros caillots. Elle perd en rouge toute la journée et la nuit suivante.

Le surlendemain, nouvelles pertes. La malade n'entre que le 6e jour à la Maternité, venant de l'hôpital où elle avait subi de nombreux touchers sans antisepsie préalable.

A son entrée, le col est légèrement ouvert, dur, pas de rétroversion, pas de température. La malade est soumise aux injections vaginales.

Le lendemain, 26 janvier, on constate que les lochies sont fétides, et l'on donne une injection intra qui ramène de la caduque et des franges choriales.

Le 27 janvier, injections vaginales toutes les 2 heures. A midi, écoulement purulent. La femme éprouve un léger frisson. La température, qui jusque-là était normale, monte à 39°,2, le ventre est un peu sensible. On donne alors une injection intra.

A 4 heures, la température étant à 40°,2 et le pouls à 116, on pratique le curage digital d'urgence, et l'on ramène ainsi environ 10 à 15 gr. de caduque. Des injections intra sont répétées les jours suivants. Néanmoins, la température ne tombe que le 3e jour après l'intervention et se relève de nou-

veau le soir à 38° ou 39° les 5e, 6e et 7e jours, tout en étant normale le matin.

C'est alors qu'en pratiquant le toucher, on sent, le 1er février, dans le cul-de-sac droit, une tumeur grosse comme une mandarine, séparée de l'utérus par un sillon net, et qui est rénitente. On diagnostique une salpingite.

Sous l'influence du repos, des injections chaudes et antiseptiques, cette tumeur diminue peu à peu et, le 22, elle a absolument disparu, Il ne reste plus dans le cul-de-sac droit qu'un cordon induré. La malade sort le 25e jour guérie. Depuis, nous l'avons revue ; elle se porte à merveille.

OBSERVATION XXI

Avortement de 3 mois en 2 temps. Rétention du placenta pendant 2 jours. Odeur des lochies. Curage digital sans le chloroforme. Guérison.

Marie P..., 27 ans, est enceinte pour la 4e fois. Elle entre à la Maternité le 6 octobre 1895, et raconte ce qui suit :

Qu'elle avait soulevé seule une grosse lessiveuse et s'était sentie piquée ; que, quittant son logis pour aller au marché, elle s'était trouvée mouillée par du sang et avait éprouvé un malaise. On dut la transporter chez elle en voiture. Elle expulsa son fœtus la nuit suivante.

Comme elle continuait à perdre du sang, la sage-femme fut appelée le surlendemain, mais ne put venir que le jour suivant. Elle essaya bien de retirer l'arrière-faix, mais n'y parvint qu'en partie ; elle envoie alors la malade à la Maternité.

A son entrée, on constate au toucher que le col est entr'ouvert ; le doigt au-dessus de l'orifice interne arrive sur des parties flottantes par une de leurs extrémités, adhé-

rentes par l'autre. La main retirée exhale une odeur fétide. On se décide à intervenir.

On commence par une injection intra-utérine au sublimé, après avoir, auparavant, abaissé l'utérus au moyen d'une pince à griffe. On procède ensuite à l'introduction de la main dans le vagin, on parvient seulement à insinuer un doigt, qui perçoit au fond et surtout à droite une masse très adhérente, de la consistance du placenta, on parvient à la détacher.

On donne ensuite une injection intra au sublimé.

La température reste, le lendemain, à 38° et le pouls à 120, pour tomber, le second jour, à la normale.

La femme réclame sa sortie le 6e jour.

OBSERVATION XXII

Avortement de 3 mois. Rétention du délivre pendant 7 jours. Lochies fétides, injection. Curage digital sans le chloroforme. Guérison.

Mme P..., 40 ans, enceinte pour la troisième fois, a eu deux grossesses antérieures, qui ont évolué normalement ; un seul enfant vit, l'autre est mort du croup. Elle est réglée parfaitement bien, aurait eu la variole à 7 ans, et, l'an dernier, aurait contracté une pneumonie.

Elle a eu ses dernières règles le 16 novembre 1895.

Le 1er mars 1896, elle ressent des douleurs très vives et expulse un fœtus.

La sage-femme appelée, voyant que le délivre était demeuré dans l'utérus, conseille l'expectation. Mais dès le lendemain, voyant les lochies devenir fétides, elle fait appeler un médecin, qui cherche mais en vain à extraire l'arrière-faix.

La malade n'est envoyée à la Maternité que le 7 mars. Elle a à ce moment 38°5 de fièvre ; elle se plaint d'une céphalée violente.

Le ventre est légèrement douloureux.

Les lochies exhalent une fétidité très marquée. L'intervention s'impose.

On pratique le toucher pour se rendre compte de l'état du col qui admet facilement l'index.

Comme la femme est indocile, qu'elle contracte ses muscles abdominaux, ce qui empêche la main placée sur l'abdomen de percevoir l'utérus, on lui administre du chloroforme. Sous son influence la paroi se relâche, le col se laisse dilater jusqu'à admettre 2 doigts, et l'on décolle, encore adhérent au fond de l'utérus, la majeure partie de l'arrière-faix, qu'on extrait sans difficulté. On donne une injection intra.

La malade croit, avant cette intervention, avoir reçu chez elle une injection intra.

Toute la nuit, injections vaginales, toutes les deux heures. Le pansement vulvaire est renouvelé chaque fois. Le lendemain matin, la température est à 36°5 mais se relève le soir à 38°.

Durant la journée du lendemain, on donne trois injections intra (au permanganate, en raison d'une diarrhée légère). L'état général s'améliore.

Le surlendemain, apyrexie complète qui persiste. La femme sort le neuvième jour.

OBSERVATION XXIII

Avortement de 3 mois environ. Rétention d'un fragment placentaire. Fétidité lochiale. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

Mme G... est enceinte pour la 8e fois. Elle a eu 6 grossesses antérieures à terme, et une fausse couche de 4 mois. 3 enfants seulement vivent, bien que tous aient été élevés au sein. Elle ne reconnaît pas avoir eu de maladie antérieure, ni d'irrégularités dans ses époques.

Dernières règles dans les premiers jours de juin 1896.

Le début de la grossesse a été normal.

Le 15 août, à la suite d'une frayeur, survient une perte considérable, accompagnée de caillots volumineux qui n'ont pas été examinés.

La sage-femme appelée se contente de faire une application locale de glace sur l'abdomen, et envoie la malade à la maison de secours. A son arrivée, la perte existait toujours, mais moins intense.

On la dirige sur le service de M. le professeur Veiss, où elle passe la nuit.

16 août. La malade est soumise aux injections chaudes, renouvelées deux fois par jour.

Le 22 août. A un examen attentif de la femme, on est frappé de l'absence des règles pendant 2 mois, de la hauteur de l'utérus qui déborde la symphyse, du ramollissement du col et de la perméabilité de son canal. Seul l'orifice interne est fermé, mais on arrive à le dilater sans difficulté, et le doigt tombe non sur un œuf, mais sur un tissu ayant la consistance du placenta, et le diagnostic posé est le suivant : avortement avec rétention partielle du délivre. On évacue la femme à la Maternité ; on lui fait, après antisepsie vulvaire et vaginale, une injection intra utérine au permanganate. L'orifice interne se laissant dilater, on arrive à décoller avec le doigt un fragment placentaire, de la dimension d'une amande. L'odeur en est fétide, comme celle d'ailleurs que dégageait le doigt, lors du premier toucher intra-utérin.

Cependant jamais la femme n'avait présenté ni de température ni de sensibilité. On fait une revision de la cavité utérine, on fait une injection intra.

1 heure après, vers 1 heure du soir, frisson violent qui dure une heure, la température est à 39°9 ; céphalée.

A 4 heures du soir, la céphalée persiste, le thermomètre donne encore 39°. On fait une injection intra iodée.

A 5 heures, température 37°5.

A 7 heures, température 37°.

Le 23 août, température le matin 36°5, le soir 37°5. Le liquide des injections intra est sale, répand une odeur fétide.

Le 24 août, température le matin 36°6, le soir 38°8 (poussée d'herpès). On donne 2 injections intra. Le liquide ressort sale.

La température retombe le lendemain à 36°8, pour ne plus remonter.

La femme sort le dixième jour, en pleine guérison.

OBSERVATION XXIV

Avortement de 3 mois 1/2 en 2 temps. Rétention du placenta. Fétidité des lochies. Hémorrhagie. Curage digital sans anesthésie. Guérison.

Catherine L..., 31 ans, entre à la Maternité le 11 juin 1896. Elle en est à sa 4e grossesse, son père serait mort phtisique à 32 ans, sa mère est bien portante. Elle-même est d'une bonne santé, n'a jamais eu de maladie antérieure, est réglée très régulièrement et cela depuis l'âge de 17 ans. Ses deux premières grossesses se sont bien passées, a deux enfants vivants.

La 3e grossesse a été pénible. On dut intervenir par la version pour une A I D de l'épaule droite.

Le fœtus était mort. Il se produisit une déchirure du col jusqu'à son insertion vaginale.

Elle eut consécutivement de la fièvre pendant quelques jours, et fut soumise aux injections intra.

La malade, à son entrée, raconte que les douleurs l'ont prise depuis la veille au soir, qu'elle a perdu les eaux vers le même moment, que ce matin même, elle a expulsé un fœtus.

Le fœtus qu'elle apporte mesure 18 centimètres et pèse 90 gr. Elle arrive au service perdant une assez forte quantité de sang.

Le doigt constate que le col est entr'ouvert ; une masse assez volumineuse s'y trouve engagée ; le doigt retiré exhale une odeur fétide. On se décide à extraire le placenta, dont une grande partie est encore adhérente. On le décolle entièrement et on l'amène au dehors. Le doigt de nouveau introduit ramène encore de nombreux débris placentaires qui se trouvaient dans la corne droite. Deux injections intra au sublimé sont données.

Cette femme avait eu ses dernières règles le 23 février. Elle était donc enceinte de 3 mois 1/2. Elle attribue cet avortement à une chute faite quelques jours auparavant.

La malade sort le neuvième jour. Le pouls et la température sont restés absolument à la normale.

OBSERVATION XXV (due à l'obligeance du Dr Maleterre)

Avortement de 3 mois 1/2 en 2 temps. Hémorrhagie. Température. Curage digital sous le chloroforme. Guérison.

Mme X..., tertipare, enceinte de 3 mois 1/2 environ, aurait fait une chute, à la suite de laquelle elle aurait perdu du sang. Elle ne s'est pas préoccupée de cette perte, pensant qu'elle se passerait. Quelques jours après, elle a expulsé un fœtus de la longueur du doigt, dit-elle. C'est à ce moment qu'elle fait chercher une sage-femme. Celle-ci pratique plusieurs injections vaginales au sublimé. Deux jours après l'expulsion fœtale, se produit un écoulement sanguin qui effraie la sage-femme, laquelle nous fait appeler.

Au moment de notre arrivée, l'hémorrhagie est arrêtée, l'état de la femme est bon. L'utérus déborde le pubis de deux travers de doigt. Au toucher, le col est entr'ouvert et permet l'introduction de l'index, on sent le délivre à l'extrémité du doigt, mais la femme est indocile ; le seul toucher vaginal la fait crier. La température prise aussitôt est de

38°. Le pouls est à 92. Pas d'odeur lochiale, pas de sensibilité du ventre. Malgré l'absence de ces derniers phénomènes, l'existence de la température nous pousse à l'intervention. La femme est chloroformée ; nous introduisons toute la main dans le vagin, et avec un seul doigt (avec deux c'eût été impossible), nous pénétrons dans l'utérus, décollons le placenta et l'extrayons avec le doigt recourbé en crochet. Revision soigneuse de la cavité utérine.

Une injection vaginale au sublimé a précédé l'intervention ainsi qu'un savonnage vulvaire.

Après le curage, nous pratiquons une injection intra au sublimé avec une canule ordinaire en verre, elle ramène quelques débris détachés.

Nouvelle injection vaginale. Pansement vulvaire. L'hémorrhagie est supprimée.

Dans la suite, aucune température au-dessus de 37°.

La malade s'est levée dès le quinzième jour.

Nous avons revu la malade, elle a eu ses règles au bout de six semaines. Elle ne souffre nullement du ventre, ne perd pas en blanc. Nous l'avons touchée : la situation et le volume de l'utérus sont normaux, et les annexes sont absolument libres.

OBSERVATION XXVI

Grossesse molaire. Hémorrhagies. Infection. Rétention de débris. Curage digital sous le chloroforme. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

M^me^ C..., ménagère, âgée de 40 ans, entre à la Maternité le 12 juin 1897.

Antécédents héréditaires : La mère est morte à 25 ans tuberculeuse. Le père est bien portant. Marié deux fois, il a eu du premier lit 6 enfants, dont 4 sont morts en bas âge.

Deux survivent, l'une est l'accouchée, l'autre est en bonne santé. Du second lit sont nés 9 enfants, dont un seul survit ; c'est une fille bien portante, mariée et mère de famille. Le mari de la malade a des habitudes éthyliques.

Antécédents personnels : Aucune maladie antérieure. Elle ignore quand elle a marché. Réglée pour la première fois à 17 ans, elle se voit régulièrement tous les mois pendant 4 à 8 jours.

Quatre premières grossesses se sont terminées heureusement. 2 enfants sont morts, l'un du croup, l'autre de paralysie infantile.

La grossesse suivante a été interrompue par un avortement de 2 mois, à la suite duquel s'est déclarée une phlébite.

Après chaque accouchement, elle n'a gardé le lit que 6 à 8 jours et n'a jamais reçu d'injections antiseptiques.

Après sa fausse couche se sont montrées des pertes qui l'ont obligée à entrer à l'hôpital, où elle est restée pendant 15 jours. Elle y a eu de la fièvre et a été soumise aux injections vaginales. Ce n'est qu'après sa sortie de l'hôpital qu'est apparue la phlegmatia. Elle n'a jamais gardé un repos complet ; elle se couchait et marchait alternativement.

Entre ses accouchements et sa fausse couche, ainsi qu'après cet avortement, elle n'a jamais souffert du ventre ni eu de pertes blanches, ni éprouvé de modifications dans ses règles.

Grossesse actuelle : Elle ignore quand elle a eu ses dernières règles. A la fin de février, elle aurait eu quelques phénomènes sympathiques, tels que nausées, envies de vomir. Avec ces phénomènes ont coïncidé des pertes quotidiennes, peu abondantes, non accompagnées de douleur, et ayant persisté jusqu'au 18 avril (jour de Pâques) sans changer de caractère.

La veille de Pâques se sont montrées des douleurs, mais l'écoulement n'a pas augmenté. Le jour de Pâques, survient une hémorrhagie sérieuse qui pousse la femme à se mettre au lit. Après trois heures d'écoulement sanguin elle a ex-

pulsé, au milieu de petites douleurs, une masse vésiculaire qui l'a effrayée. Anxieuse, elle fait chercher un médecin qui extrait encore des vésicules du col et croit l'utérus vide. La femme est soumise pendant huit jours à des injections vaginales chaudes, biquotidiennes, au sublimé. Au bout de ces 8 jours, ne perdant plus ni sang ni rien et ne souffrant d'aucune façon, elle se lève, vaque à ses occupations, et cela pendant 15 jours, sans éprouver le moindre malaise.

Ces 15 jours passés, c'est-à-dire 3 semaines après Pâques, elle est prise d'une hémorrhagie brusque, abondante. Elle appelle son médecin qui lui fait une injection d'ergotine et de sérum artificiel. Elle est soumise de nouveau à des injections vaginales chaudes qui pendant 4 jours lui sont données biquotidiennement par une sage-femme. Les injections ont été prises dans le décubitus dorsal.

Le jour de la Pentecôte, nouvelle hémorrhagie soudaine, sans douleur, qui a nécessité un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Le tamponnement a été retiré au bout de 24 heures, laissant subsister un suintement sanguin continu. Puis la malade prend de la fièvre, et le médecin l'envoie à la Maternité.

A son entrée, on trouve la femme dans l'état suivant : Elle est de forte constitution, obèse, elle présente un teint pâle, la température est à 39°, le pouls est à 120 ; il y a de la céphalée ; pas de frissons ni de sensibilité du ventre. On sent mal l'utérus à cause de l'adipose de la femme. Par la vulve se fait un écoulement noir, fétide.

Les urines ne renferment pas d'albumine.

Il y a des varices aux deux membres inférieurs.

Le col est entr'ouvert et permet l'accès de la cavité utérine à un doigt, lequel y perçoit une masse dure. Retiré, le doigt exhale une odeur fétide.

On chloroforme la femme et on explore l'utérus.

La face postérieure en est lisse, la paroi antérieure est au contraire inégale, couverte d'aspérités offrant une consistance assez grande et se laissant difficilement attaquer. Certains points cependant peuvent être entamés, ils sont cons-

titués par du tissu-molaire, les parties dures sont au contraire formées de tissu utérin. Quand le doigt a enlevé tout ce qui lui est possible, la paroi antérieure présente des dépressions, des cupules délimitées par des bandes, des colonnes de tissu utérin disséqué. Au fond de l'utérus est implanté un champignon de la grosseur d'une bonne noix, que l'on prend un instant pour un polype, tant la consistance en est dure. On parvient néanmoins à entamer cette masse par sa base, et on l'extrait. Elle paraît formée de tissu molaire. Au voisinage de chaque corne se sentent deux reliefs très petits sur lesquels l'ongle échoue complètement.

On donne ensuite une injection intra au sublimé.

12 juin. — Température : 39° le soir. Pouls 120. Céphalée persiste.

13 juin. — Température : 38°2 le matin, 37° le soir. Pouls 100.

On fait une injection intra à l'eau iodée, ainsi qu'un écouvillonnage.

14 juin. — Température : 36°8 le matin, 37°3 le soir. La céphalée est moindre.

15 juin. — Température : 37°2 le matin, 37°5 le soir. La céphalée a disparu.

Dès lors la température ne se relève plus. La femme a été soumise pendant 9 jours consécutifs aux injections intra. Elle sort le seizième jour en parfaite santé.

N. B. — Le doigt seul dans un utérus ainsi conformé pouvait donner assez de sécurité pour gratter les parois utérines. La curette certainement eût risqué de perforer l'utérus, dont la minceur à certains endroits était extrême.

L'examen histologique des parties extraites par le curage digital a montré qu'elles étaient formées par des caillots sanguins en voie d'organisation et par quelques vésicules.

OBSERVATION XXVII

Avortement de 2 mois en 2 temps. Pas de complication. Curage digital sans anesthésie 5 heures après. Guérison.

Pauline B..., 22 ans, ménagère, a mené à bien une première grossesse il y a 3 ans. L'enfant vit. Elle est enceinte pour la deuxième fois, quand elle entre au service le 17 juin 1897. Ses dernières règles remontent au 17 mars.

Le 16 juin, dans le courant de la journée, elle ressentit des douleurs dans le bas-ventre. Elle aurait porté depuis la rue jusque chez elle, c'est-à-dire environ sur une distance de 200 mètres, une quinzaine de seaux d'eau ??

Le lendemain, à son lever, les douleurs deviennent plus fortes. Vers 9 heures elle perdit du sang en petite quantité ; les douleurs persistent.

Vers 3 heures du soir, elle expulse de nombreux caillots, suivis bientôt après, à 4 heures, de l'expulsion du fœtus, qu'elle apporte. Il mesure 4 centimètres. C'est un fœtus de 2 mois environ.

Elle entre à la Maternité à 9 heures du soir. L'état général n'est pas mauvais, le pouls est bon.

Néanmoins, comme le col est largement ouvert, on y introduit le doigt, on abaisse l'utérus, la paroi abdominale le permettant, et, sans introduire la main dans le vagin, on extrait l'arrière-faix dont on détache encore quelques petites parties en pratiquant la revision de la cavité utérine. Injection intra-utérine au sublimé avec la sonde de Doleris.

Le suintement hémorrhagique s'arrête.

La femme est restée deux jours à la Maternité sans présenter de température, puis est rentrée chez elle, a gardé le lit pendant quelque temps.

Nous l'avons rencontrée dans la rue, vaquant à ses occupations, et déclarant ne pas souffrir.

OBSERVATION XXVIII

Avortement de 2 mois 1/2 en 2 temps. Pas de complication. Curage digital sans anesthésie. Suite heureuse.

Mme Th..., âgée de 23 ans, journalière, a été réglée à 13 ans, a pu mener à terme trois grossesses antérieures. De 3 enfants, l'un est mort à 10 mois, de convulsions.

Elle a eu ses dernières règles le 16 décembre 1896.

Elle est donc enceinte d'environ 2 mois 1/2.

Il y a 8 jours, a contracté une angine qui lui donna beaucoup de fièvre.

Le 10 mars, au matin vers 10 heures, elle ressentit de fortes coliques, elle se mit au lit et perdit en ce moment une grande quantité de sang en caillots. Vers 2 heures du soir, elle expulsa un petit fœtus.

Elle arrive à la Maternité vers 4 heures, sans qu'il y ait d'hémorrhagie. Le col est entr'ouvert, il laisse pénétrer le doigt, et le délivre est extrait facilement.

La femme n'a jamais présenté d'élévation de température. Elle sort le huitième jour.

OBSERVATION XXIX

Avortement de 3 mois en 2 temps. Hémorrhagie au premier temps. Rétention placentaire de 30 heures sans complication sérieuse. Curage digital. Suites heureuses.

Elise C..., 25 ans, chapelière, entre à la Maternité le 18 mars 1896. Elle est assez bien réglée ; elle en est à sa seconde grossesse. La première s'est bien passée, mais l'en-

fant est mort le vingt-sixième jour. Ses dernières règles se sont terminées le 18 décembre. Elle est donc enceinte de près de 3 mois.

Le lundi 11 mars, après une violente colère qui amena une crise nerveuse, la malade commence à perdre du sang, en petite quantité, mais d'une façon continue ; ce suintement persiste jusqu'au 16. Ce jour-là vers sept heures du matin, la malade est prise d'un frisson purement nerveux qui dure environ une heure, et qui s'accompagne de vomissements. Le ventre devient dès ce moment douloureux à la pression.

Dans la journée, la perte de sang devient sérieuse et vers 11 heures du soir, la malade expulse un fœtus de 9 centimètres.

Le 17, dans la journée, la femme ne perd que quelques caillots. Un médecin appelé constate que l'arrière-faix est retenu dans l'utérus et envoie la malade à la Maternité. Elle y entre à 8 heures du soir, et reçoit jusqu'au matin toutes les deux heures des injections vaginales antiseptiques.

Le 18, à 6 heures du matin, au toucher, on sent le placenta engagé dans le col ; on introduit le doigt dans l'utérus et on parvient à décoller ce qui reste adhérent. On en fait suivre la revision d'une injection intra.

La femme sort guérie le huitième jour.

OBSERVATION XXX

Avortement de 3 mois en 2 temps. Rétention d'une partie du placenta sans complication. Fœtus macéré. Curage digital avec anesthésie pratiqué 8 heures après. Suites heureuses.

Mme B..., 39 ans, cuisinière, est enceinte pour la deuxième fois. La première grossesse s'est terminée heureusement. Cette femme se présente une première fois à la visite à la fin de juillet, et l'on constate une rétroversion d'un utérus qui paraît plus volumineux que normalement.

On procède à la réduction et on l'engage à rester à la Maternité ; elle s'y refuse, mais revient quelques jours après

car la rétroversion se reproduit ; on la réduit de nouveau et l'on oblige la femme à garder le lit.

Un pessaire est placé vers le 5 août, la femme quitte le service.

Elle rentre le 15 septembre au matin, disant avoir éprouvé quelques douleurs la veille au soir. Pendant la nuit, elle a perdu une certaine quantité d'eau A son entrée, on constate la présence, entre les cuisses de la malade, d'un fœtus suspendu au cordon ombilical. Le fœtus est macéré. Il mesure 9 centimètres. Le délivre reste à l'intérieur de l'utérus, le cordon pend dans le vagin. Le col est entr'ouvert.

Même état pendant la matinée.

Vers 4 heures du soir, on trouve au toucher une grande partie du délivre engagée dans le col. On insinue le doigt pour se rendre compte de l'étendue de la partie décollée. Sous l'influence de cette manœuvre, tout ce qu'on avait senti dans le col est expulsé dans le vagin.

Avant de retirer le doigt on cherche à se rendre compte s'il reste encore une partie du délivre.

On sent très loin comme un vestige de placenta, et on conclut à une rétention partielle, ce que vient confirmer l'examen de la partie expulsée. Quelques instants après on essaye d'extraire les parcelles restantes, mais la chose est impossible sans le chloroforme.

Grâce à l'anesthésie, on peut à l'aide du doigt extraire tout ce qui reste dans l'utérus.

Injection intra est faite à la suite de l'extraction.

Apyrexie complète. La femme sort le neuvième jour.

OBSERVATION XXXI

Avortement de 3 mois en 2 temps. Hémorrhagie. Tamponnement illusoire. Curage digital sans chloroforme malgré la cessation de l'hémorrhagie. Guérison.

P. Elis..., 36 ans, ouvrière en chaussures, entre à la Ma-

ternité le 18 décembre 1895. Elle en est à sa huitième grossesse.

Antécédents héréditaires Le père est mort à 35 ans d'une affection inconnue. La mère est morte à 53 ans « hydropique ».

Antécédents personnels : Aucune maladie antérieure. Premières règles à 17 ans, régulières, durent 6 à 8 jours. Les 7 grossesses antérieures se sont bien passées. Tous les accouchements ont été spontanés et à terme. Les suites de couches ont toujours été normales. 3 enfants seulement survivent. Les 3 autres sont morts, l'un à 6 ans de méningite, 2 sont morts à 6 semaines, un autre est mort à la suite d'une chute.

Fin des dernières règles 22 septembre 1895. La malade a eu quelques vomissements dès le début.

Sans cause avouée par la malade, elle éprouve dans la nuit du 17 au 18 décembre des douleurs lombaires. Elle a remarqué que sa chemise était teintée de quelques gouttes de sang. A 5 heures du matin, le 18 décembre, elle perd les eaux. A 5 h. 1/2, après quelques douleurs elle expulse un fœtus qu'elle recueille. Après la sortie du fœtus, survient une hémorrhagie qui la pousse à appeler un médecin, lequel fait un tamponnement sommaire et envoie la malade à la Maternité. A son entrée on fait coucher la femme, on la nettoie et on fait une antisepsie rigoureuse de la vulve Le tampon est laissé en place. A l'arrivée de M. le professeur Herrgott, on lui soumet le fait et il conseille de laisser le tampon jusqu'à 2 heures du soir. Ses conseils sont suivis, et à ce moment on procède à l'enlèvement du tampon, en ayant soin d'en tenir un autre tout prêt. Le tampon enlevé n'était constitué que par deux bourdonnets de coton hydrophile. Au toucher on trouve le col entr'ouvert suffisamment pour laisser passer 2 doigts, qui sont introduits dans l'utérus et ramènent complètement le délivre en grande partie détaché. L'examen de ce dernier montre qu'il est entier. Revision. On fait suivre l'extraction d'une injection intra-iodée chaude.

La température reste normale. Au soir du troisième jour,

comme le thermomètre marque 38°, on donne une nouvelle injection intra, et, le lendemain matin, tout rentre dans l'ordre. La femme sort le onzième jour, entièrement guérie.

N B. — Ce cas mérite quelques réflexions. Le tamponnement qui a été pratiqué n'a évidemment contribué en rien à la cessation de l'hémorrhagie, puisqu'il ne se composait que de deux bourdonnets de coton. On peut donc *affirmer* que dans ce cas le curage digital a été *primitif*, et que l'urgence de l'intervention ne s'imposait pas, puisque l'hémorrhagie, depuis déjà 6 heures, n'avait pas reparu. Voilà pourquoi nous rangeons cette observation dans la catégorie des interventions sans complication.

OBSERVATION XXXII

Avortement à 3 mois 1/2 dû à une rétroversion. Rétention du placenta. Pas de complication. Curage digital sept heures après sous le chloroforme. Suites heureuses.

Madame D..., 28 ans, journalière, entre le 29 octobre 1896. Sa mère est morte en couches. Elle-même a été réglée à 13 ans, n'a jamais eu de maladie antérieure. Elle nie toute spécificité. Elle est enceinte pour la septième fois.

Les deux premières grossesses ont été normales, et ont pu être menées à terme. Les deux enfants vivent. La troisième grossesse s'est terminée par un avortement de 5 mois.

La quatrième a évolué à terme ; l'enfant est mort à 2 ans.

Les cinquième, sixième, septième grossesses ont été interrompues par des avortements de 5 mois. Toujours le fœtus était mort avant d'être expulsé.

Depuis le dernier avortement, au moment des époques, la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre.

Fin des dernières règles le 17 juillet, mais bien moins abondantes que normalement.

Dans les premiers jours d'août, la malade, souffrant de douleurs au niveau du bas-ventre, va consulter à l'hôpital, où l'on reconnaît une rétroversion. Trois semaines après, la femme entre à la Maternité. La rétroversion existe encore, on reconnaît également une grossesse au début. On réduit la déviation. On maintient l'utérus par un pessaire. Dès lors les douleurs disparaissent et la malade rentre chez elle.

Le 20 octobre, après un effort fait par la malade, elle est reprise de vives douleurs dans le bas-ventre, elles persistent jusqu'au 27 au matin. A ce moment la malade perd une certaine quantité d'eau. Elle croit à la rupture de la poche des eaux et se rend à la Maternité à trois heures du soir.

Le col a encore une partie de sa longueur, il est entr'ouvert, la poche des eaux est intacte. Les douleurs continuent toute la nuit.

Le lendemain matin à 11 heures, la partie de l'œuf qui contient le fœtus est expulsée hors du col sans que les membranes se rompent. On fait une ligature et l'on sectionne l'œuf au-dessus. Comme la délivrance ne vient pas, on prend le parti d'aller la retirer ; à six heures du soir, on anesthésie la malade au chloroforme, et le doigt introduit extrait le placenta sans difficulté. Apyrexie complète.

La malade sort le dixième jour.

OBSERVATION XXXIII

Avortement à 4 mois 1/2 d'un fœtus momifié de trois mois environ. Rétention du délivre pendant 20 heures. Pas de complication. Curage digital sans chloroforme. Suites heureuses.

Caroline I..., ménagère, âgée de 44 ans, est enceinte pour la onzième fois. La mère est morte tuberculeuse, le père a succombé à une attaque de rhumatisme. Elle-même a été

réglée à 16 ans. Toutes ses grossesses ont été bonnes, les accouchements ont été faciles. Tous ses enfants vivent.

Les dernières règles se sont terminées le 14 avril 1895. A son entrée, c'est-à-dire le 4 août, elle est donc dans son cinquième mois de gestation. Elle eut des vomissements qui cessèrent à la fin du troisième mois.

Le 3 août, les premières douleurs apparaissent. Quelques jours auparavant était survenue une légère perte de sang. Vers 10 heures, perte abondante. A midi, elle expulse un fœtus momifié de 9 centimètres de long, ce qui fait environ 3 mois d'âge. Il y avait donc 1 mois 1/2 que le fœtus était retenu et mort dans la cavité utérine. L'arrière-faix n'arrivant pas, on appelle un médecin qui l'envoie à la Maternité.

A son entrée, on sent un utérus qui déborde le pubis de quelques travers de doigt. Pas d'odeur lochiale. Au toucher on constate que le col est ouvert. On introduit le doigt qui retire des débris de membranes, et qui s'insinue complètement dans la cavité, on achève le décollement du placenta, qu'on ramène complet. On donne une injection intra à l'eau iodée, on la fait suivre d'injections vaginales au sublimé. Pansement vulvaire à la gaze iodoformée.

La femme sort le dixième jour en bon état, sans jamais avoir présenté de fièvre.

OBSERVATION XXXIV

Avortement de 5 mois. Rétention du placenta pendant 20 heures. Pas de complication. Extraction digitale. Suites heureuses.

Marie B..., 27 ans, cordonnière, entre à la Maternité le 15 mai 1897. Elle a été réglée à 14 ans, ses époques, toujours régulières, durent 8 jours. Aucune maladie antérieure. Elle est enceinte pour la quatrième fois. Les 3 grossesses précé-

dentes ont été normales. Elle a perdu un enfant à 15 mois, de méningite.

Les dernières règles datent du 8 décembre 1896.

Le 7 mai, vers 6 heures du soir, la malade étant assise, fut prise de douleurs jusqu'à 10 heures du soir. Nouvelles douleurs dans la journée du lendemain et dans la nuit.

Le surlendemain, elle perd les eaux. Les douleurs continuent jusqu'au 13 mai.

Une sage-femme, mandée, donne des injections chaudes. Le 14 mai, à midi, elle expulse un fœtus du sexe masculin, mais le placenta reste dans l'utérus. Pas d'hémorrhagie. La malade entre le lendemain 15 mai.

A son entrée, on constate que le col s'est refermé, ce que voyant, on endort la malade, on introduit deux doigts dans l'utérus, on décolle la majeure partie du placenta et on le ramène à l'extérieur.

On explore de nouveau la cavité utérine, on en ramène tous les débris y restant encore, et l'on donne une injection intra.

La température est restée normale. Le placenta pèse 240.

La femme, guérie, demande sa sortie le douzième jour.

ESSAI DE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET

Lorsqu'on lit les auteurs qui ont étudié la question du traitement de la rétention des annexes fœtales dans l'avortement, on est surpris tout d'abord du manque d'entente qui existe sur ce mot rétention. Pour les uns, en effet, la rétention commence au bout de 48 heures ; pour les autres, après 24 heures, pour quelques-uns, après 12 heures ; pour le professeur Tarnier, dont la statistique porte surtout sur des avortements du 3e et du 4e mois, après 6 heures ; d'après Ribemont, Dessaigne et Lepage, après 4 heures ; enfin, Brion, dans sa thèse, déclare que dans la très grande majorité des cas, comme dans l'accouchement, la délivrance a lieu le plus souvent dans la première heure qui suit l'avortement.

Ce qui frappe non moins, c'est d'une part la diversité des traitements employés dans des cas semblables, où les uns préconisent d'abord les injections intra-utérines, pour recourir, soit au curage, soit au curettage si elles échouent ;

les autres employant d'emblée, dans ces mêmes cas, le curage ou le curettage, ou les deux à la fois ; c'est d'autre part, la divergence d'opinions en ce qui concerne les indications à intervenir.

Tous sont d'accord sur la nécessité d'évacuer l'utérus sans tarder, s'il y a septicémie. L'hésitation est plus grande quand il s'agit d'hémorrhagie : alors beaucoup ne vident la cavité utérine que lorsque tous les autres moyens ont échoué ou qu'il survient de l'infection ; d'autres enfin que la perspective de complications redoutables rend plus craintifs, mais par là même plus entreprenants, préviennent l'éclosion des accidents en vidant la matrice après une attente variable (48 heures pour Lucas, Frey, Felsenreich et Miculicz, 10 à 20 heures pour Fehling).

Personnellement, nous nous rangeons dans cette dernière catégorie et nous déclarons partisan de l'intervention précoce, l'expectation nous paraissant imprudente, en raison des accidents immédiats (hémorrhagie, septicémie) ou tardifs (métrite, salpingite, etc.) qui peuvent se produire.

C'est qu'en effet nous envisageons les faits, non comme peut le faire un professeur de clinique obstétricale à la tête d'un personnel intelligent, stylé, antiseptique, mais que nous nous plaçons surtout au point de vue du modeste praticien, ayant à sa disposition un entourage qui laisse souvent à désirer, ne pouvant guère compter que sur lui-même, ou à la rigueur, sur un confrère pour chloroformer et possédant une clientèle souvent besoigneuse, chez laquelle l'antisepsie que nécessite l'expectation risque très fort d'être insuffisante et où le repos au lit ne sera certainement pas prolongé au delà de limites restreintes, et

même, pendant ces limites, ne sera souvent jamais gardé complètement.

Essayons donc, pour terminer notre thèse, d'ébaucher une esquisse du traitement de l'avortement incomplet. Nous supposerons d'abord que, par les commémoratifs, le palper et le toucher, ou les deux combinés, par l'examen des produits expulsés, tout ayant été recueilli, par l'absence de certaines parties remarquée sur les annexes qu'on a sous les yeux, le diagnostic de rétention totale ou partielle de l'arrière-faix ait été établi, nous distinguons alors 3 cas :

Il y a de l'infection.

Il y a hémorrhagie.

Il n'y a aucune complication.

1° S'il y a infection, l'intervention immédiate est indiquée. Pour nous, elle consistera dans le curage digital, tel que nous l'avons décrit, suivi d'injections intra-utérines et d'un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée, que nous n'avons jamais employé (et cependant nos femmes ont guéri), mais qui, nous le répétons, nous paraît une bonne pratique.

La température, dans les 24 heures qui suivent, n'a-t-elle pas baissé ou au contraire s'est-elle élevée, nous pratiquons le curettage, si elle ne cède pas à une ou deux injections antiseptiques intra faites dans ce délai.

Nous le conseillons d'emblée dans le cas où l'utérus est englobé dans une masse inflammatoire qui le rend immobile.

2° L'avortement incomplet s'accompagne-t-il d'hémorrhagie grave : il y a urgence à intervenir de suite.

Si nous nous trouvons dans les conditions, indiquées

au *Manuel opératoire*, de faire un curage sans chloroforme, nous le pratiquons séance tenante, autant que possible après antisepsie.

Le chloroforme est-il indispensable, avons-nous sous la main une personne capable de l'administrer, il faut l'employer sans hésitation.

Mais si nous n'avons pas de chloroforme et qu'il nous soit impossible d'intervenir digitalement sans lui ou qu'il y ait une contre-indication à l'employer (état syncopal grave, lésions cardiaques avancées, etc.), de deux choses l'une : nous avons une dilatation suffisante et de quoi pratiquer un tamponnement intra-utérin (valves, pince tire-balle, pince à pansement, hystéromètre, gaze iodoformée), alors nous faisons ce tamponnement. Au cas contraire nous recourons au tamponnement vaginal.

L'hémostase momentanément assurée, nous remontons la femme au moyen d'injections d'éther, de sérum artificiel, d'alcool, de champagne, et, son état devenu meilleur, faisons chercher un confrère en présence duquel nous enlevons le tampon, et qui administrera le chloroforme nécessaire au curage digital, à moins que derrière le tampon vaginal nous retrouvions les annexes fœtales expulsées.

3° Il n'y a pas d'accidents. Comme au cinquième et au sixième mois, le placenta se rapproche par son volume du placenta à terme, et que son expulsion se fait en général dans les deux heures qui suivent la sortie du fœtus, nous n'hésiterons pas, après ces deux heures, à pratiquer la délivrance artificielle, qui consistera dans un curage uni ou multidigital sous chloroforme ou non. Tout dépendra des conditions qui se présentent.

Pour l'avortement des deuxième, troisième et qua-

trième mois, où dans les 9/10 des cas, d'après Varnier et Brion, la sortie du placenta se produit dans les quatre heures qui suivent l'expulsion du fœtus, nous attendrons au moins que ce délai soit passé. Alors si nous pouvons confier la malade à une garde capable de pratiquer un tamponnement vaginal sérieux et de faire de bonne antisepsie, nous pourrons attendre vingt-quatre heures, temps où, d'après la statistique de Varnier et Brion, 97 fois sur 100, l'avortement est terminé, et au bout de ces vingt-quatre heures nous évacuerons l'utérus après anesthésie ou non.

Il est bien évident que pendant que nous nous trouverons auprès de la malade, comme une hémorrhagie soudaine peut se manifester, nous préparerons ce qui est nécessaire pour assurer l'hémostase, au cas où le curage immédiat sans chloroforme serait impossible pour une des raisons énumérées.

Pendant ce temps si nous voyons les contractions se montrer insuffisantes, à l'exemple de Cordes (de Genève), de Doléris, de Schwab, nous prescrirons du sulfate de quinine.

Dans le cas contraire, nous ne quitterons la malade qu'après l'avoir délivrée avec ou sans chloroforme.

4° On a des doutes sur la rétention de l'arrière-faix, mais on a de fortes présomptions ; ici nous attendrions les accidents pour intervenir. S'il y a infection, nous essayerions après injection intra et dilatation artificielle, si nécessaire, de pratiquer le curage digital. Si malgré l'anesthésie, le doigt (ce qui sera très rare) ne peut pénétrer dans la cavité utérine, on s'adressera à la curette.

En cas d'hémorrhagie on pratiquera d'abord des injections chaudes, tamponnement utérin ou vaginal. On relè-

vera l'état de la malade, puis, au besoin après dilatation, on pratiquera le toucher intra-utérin et on extraira l'arrière-faix de préférence avec le doigt. En cas d'introduction impossible du doigt, ce qui arrivera rarement, on devra recourir à la curette.

CONCLUSIONS

Le curage digital, quand il est possible, est le plus simple, le plus efficace et le plus inoffensif des moyens de traitement de l'avortement incomplet.

Vu par le Président de la thèse,
Nancy, le 20 juillet 1897,
A. HERRGOTT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Nancy, le 21 juillet 1897
Le Recteur,
A. GASQUET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

AVANT-PROPOS 9

HISTORIQUE 13

REPROCHES AU CURAGE 32

PARALLÈLE ENTRE LE CURAGE ET LE CURETTAGE 37

MANUEL OPÉRATOIRE 44

OBSERVATIONS 51

ESSAI DE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET 99

CONCLUSIONS 105

Nancy. — Imp. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino).

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT